

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		崎 1 5			令和	年	月	日
届出人	住所	長与町						
	氏名	印	電話番号	世帯主との続柄				
世帯主	住所	長与町						
	氏名	印	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	男・女
	個人番号							
限度額適用減額対象者	氏名	印	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	適用区分			一般	退本	退扶	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで						
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで						
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで						
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで						
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

～マイナ保険証についてお知らせ～

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きが必要なく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

