

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
限度額適用	氏名		個人番号		
減額対象者	世帯主との続柄		生年月日	年	月 日
長期入院	該当・非該当		交通事故等の第三者行為	有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 (日間)	
①	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			
②	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			
③	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			
④	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			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 _____
 世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

田村市長 殿

マイナ保険証 (※) を利用すれば、事前の手続きなく、
 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。
 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	年 月 日
		差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)
		所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ