

限度額適用
国民健康保険 食事療養・生活療養標準負担額減額 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	平川				
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号
限度額適用 減額対象者	氏名		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	第三者行為	有・無
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院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 年 月 日まで 日間	
	入院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 年 月 日まで 日間	
	入院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 年 月 日まで 日間	
	入院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 届出人住所

届出人氏名

個人番号

.....

電話番号

平川市長 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。