

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

彦根市長 様

年 月 日

被保険者記号番号		滋彦					
世帯主	住所						
	氏名	(署名または記名押印)			生年月日	年 月 日	
	個人番号				電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄			個人番号			
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 日間 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関		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		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		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		名 称				
			所在地				

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。

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主およびその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>____、____、____、 ____、____、____、 市区長村長名 印</p>
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。