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

◆お知らせ◆

マイナ保険証を利用すれば、「限度額適用認定証」の交付申請は不要となります。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。ぜひマイナ保険証をご利用ください。

被保険者証記号番号	山　１３			
世帯主	住所	美祢市		
	氏名		生年月日	年　月　日
減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日
	世帯主との続柄	本人・配偶者・子 その他（　　）	個人番号	
長期入院	該当・非該当	第三者行為	該当・非該当	

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年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院日数	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
	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、限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年　月　日

住所

世帯主　氏名

※本人が自署しない場合は押印すること。

連絡先　（　　）　－

美祢市長　殿

個人番号

決裁	課長	班長		班員	受理者