

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		小 ○○○○○○○○				
世帯主	住 所	小松市 □□町 □□番地				
	氏 名	小松 太郎		生年月日	昭和××年××月××日	
限度額適用 減額対象者	氏 名	小松 一郎		個人番号	123456789012	
	世帯主との続柄	子		生年月日	昭和××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)		令和 年 月 日 から 日間			
			令和 年 月 日 まで 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年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から 日間			
			令和 年 月 日 まで 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年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から 日間			
			令和 年 月 日 まで 日間			
	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)		令和 年 月 日 から 日間			
			令和 年 月 日 まで 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認定証の交付を申請します。

令和 ××年 ××月 ××日

住 所 小松市 □□町 □□番地

世帯主名
(申請者) 小松 太郎 個人番号 123456789012

電話番号 ○○-○○○○

小松市長
宮橋 勝栄 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 ）	令和 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