

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

申請者名：

電話番号：

記号・番号		時津・		
世帯主	住所	長崎県西彼杵郡時津町		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	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 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		

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	<input type="checkbox"/> 税申告書の提出（所得情報有り）＜国保加入者全員＞ <input type="checkbox"/> 納期到達分までの国民健康保険税完納 <input type="checkbox"/> （70歳以上の場合）課税世帯ではない
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 印