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

被保険者証記号番号		多久		
世帯主	氏　名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏　名		世帯主との続柄	（男・女）
	生年月日			
	個人番号			

長期入院	（該当・非該当）		
1	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	申請日の前１年間の入院期間（日数）		から まで　　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所

佐賀県多久市長　　横尾　俊彦　様　　氏　名

個人番号

ＴＥＬ

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。

市町村処理欄	認定方法	イ．市町村民税非課税証明書 ロ．保護申請却下通知書 ハ．公簿（　　） ニ．却下（理由：　　）	受理番号　（第　　号） 交付番号　（第　　号） 認定等年月日 年　月　日
	差額支給　有・無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号　（第　　号）	