

限度額適用
 国民健康保険 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					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	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			
	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			
	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			
	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			
	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 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

多久市長
 横尾 俊彦 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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 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

多久市長 横尾 俊彦