

申請書の太枠の中を記入してください

マイナ保険証登録なし・認定証交付要

I

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書 (69歳までの方)
 限度額適用・標準負担額減額

受付番号

被保険者記号番号							
世帯主	住所						
	氏名 個人番号		生年月日	大・昭・平	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名 個人番号		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	世帯主との続柄			電話番号	—		
長期入院	該当・非該当	所得区分	上位ア・イ一般ウ・エ非課税オ	納税状況	完・未		
これより下は、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)		年	月	日から	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)		年	月	日から	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)		年	月	日から	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)		年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				
第三者行為の有無		有 ・ 無					

令和 年 月 日

袋井市長 様

上記のとおり認定証の交付を申請します。

申請者 住所			
氏名	電話番号		

「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。)