

申請書の太線の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

Ⅱ

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書（70歳～74歳）
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		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭 和 年 月 日	
	個人番号				
	世帯主との続柄			電話番号	—
長期入院	該当・非該当	所得区分	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	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）	
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		
第三者行為の有無		有 ・ 無			

袋井市長 様

令和 年 月 日

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。)