

申請書の太枠の中を記入してください

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			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・平・令 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	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 年 月 日まで		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 年 月 日まで		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 年 月 日まで		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 年 月 日まで		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。)