

申請書の太線の枠の中を記入してください

限度額適用
国民健康保険
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額
認定申請書（70歳～74歳）
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
上記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

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。)