

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証 記号番号											※太枠部分をご記入ください		
限度額適用・標準 負担額減額対象者						世帯主 との続柄			生年 月日	昭 平令	年	月	日
対象者個人番号											長期入院	該当・非該当	
①	申請日の前1年間の入院期間 日数（累計）		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間（ 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（累計）		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間（ 日間）										
	入院をした保険医療機関等		名称： 所在地：										

上記のとおり申請します。

なお、限度額適用・標準負担額減額認定にあたり、国民健康保険の担当職員が世帯主及び同世帯の被保険者にかかる個人住民税の課税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

土佐清水市長 様

世帯主 住所 土佐清水市
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。

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ

【代筆の場合】

代筆者名： _____（続柄： _____）

電話番号： _____

長期減額認定
令和 年 月 日 ~
認定資料＝

受付