

限 度 領 適 用
國民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

余市町長様

下記のとおり交付申請します。

令和 年 月 日

◆太枠の中を黒のボールペンでお書きください。

被保険者記号番号	余				
世帯主	住所	余市町 町 丁目			番地
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号				電話番号
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				
長期入院	該当 · 非該当	入院日数合計() 日間			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から		
	入院をした保険医療機関等		令和 年 月 日 まで	日間	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から		
	入院をした保険医療機関等		令和 年 月 日 まで	日間	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から		
	入院をした保険医療機関等		令和 年 月 日 まで	日間	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から		
	入院をした保険医療機関等		令和 年 月 日 まで	日間	

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。

備考						
----	--	--	--	--	--	--

第三者行為	認定区分確認		認定区分	差額支給	発効期日	受付	入力
有 交通事故 ・ 業務災害 無 その他	1 市町村民税非課税証明書 2 公簿 3 その他			有 無			