

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

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 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間						
	入院をした保険医療機関等		名称								
			所在地								

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 ・ 無	1 市町村民税非課税証明書 2 公簿 3 その他		有 無			