

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

被保険者記号番号			
住所		(下記世帯主住所に同じ)	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
交付対象者	氏名	個人番号	
	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無

ここから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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

にかほ市長 殿

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。

市処 理欄	認定等	課税台帳 その他 ()	受理番号 号 認定日 年 月 日
		証交付状況 (所得区分)	
		差額支給 有・無	