

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

|                 |         |              |  |             |       |
|-----------------|---------|--------------|--|-------------|-------|
| 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。  
※保険証として登録しているマイナンバーカードのことをいいます。

|                  |              |                 |  |                   |
|------------------|--------------|-----------------|--|-------------------|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 認 定 等        | 課税台帳<br>その他 ( ) |  | 受理番号<br>認定日 年 月 日 |
|                  | 証交付状況 (所得区分) |                 |  |                   |
|                  | 差額支給 有 ・ 無   |                 |  |                   |