

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号番号	記号	寝 国	番号		
世帯主	住所				
	氏名			性別	男 ・ 女
	個人番号		生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏名			性別	男 ・ 女
	個人番号		生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄				
長期入院	該当 ・ 非該当		91日目該当日	年 月 日	
種類	一般		加害者の有無	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 日から		計		日間
		年 月 日まで				
	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 日から		計		日間
		年 月 日まで				
	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 日から		計		日間
		年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						

(あて先) 寝屋川市長

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名 (署名)

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。

交付番号(第 号)