

## 國民健康保險 限度額適用（・標準負擔額減額）認定申請書

- 限度額適用（ア・イ・ウ・エまたは一般・現役Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）  
 標準負担額減額 認定申請  
 限度額適用・標準負担額減額（オまたは低Ⅰ・Ⅱ）

## 聖籠町長 様

年 月 日

下記のとおり申請します。

また、本申請に伴い、当該世帯に属する世帯員の課税状況を公簿で確認することを承諾します。

マイナ保険証(電子資格確認に利用される個人番号カード)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。

年 度	年度	被保険者証記号番号	記号	聖籠	番号	
申 請 者	氏 名	印	電 話 番 号	( )		
	住 所					
世 帯 主 ※申請者と同じ 場合は記入不要	氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
	住 所					
限度額適用・ 減額対象者 (入院者)	氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
	個 人 番 号					
	世帯主との続柄				第三者行為 (交通事故等) の有無	有・無
長期入院(90日以上) 該当の有無	有・無					
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			年 月 日から	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)			年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称			
			所在地			
市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 _____					

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは省略できる。

### 担当者確認

印