

様式第10号（第24条、26条関係）

国民健康保険限度額適用/標準負担額減額/限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者記号番号		記号			番号		
世帯主 (申請者)	住所						
	氏名				生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日		
	世帯主との続柄						
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号				対象者 個人番号	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）						
	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）						
	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）						
	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）						
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）						
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

令和 年 月 日

市長が証明する欄	被保険者証区分		
	認定年月日	年	月 日
	交付番号	第	号
	那珂市長 先崎 光		

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。）