

の部分は、必ず記入してください。

の部分は、直近1年間に入院期間があれば記入してください。

記入例

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	那 珂	番号	000000	
世帯主 (申請者)	住所	那珂市福田 1819 番地 5			
	氏名	那 珂 太 郎	生年月日	昭和 33 年 8 月 1 日	
限度額適用 減額対象者	氏名	那 珂 花 子	生年月日	平成 10 年 7 月 31 日	
	世帯主との続柄	子	電話番号	: 029 - 298 - 1111	
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)	30 日			
	入院をした保険医療機関等	名称	◇◇◇病院		
		所在地	○○県××市・・・番地		
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			

提出日を記入してください。

令和●年▲月■日

市長が証明する欄	被保険者証区分	年 月 日
	保険課で記入します。	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。)