

受付印

限度額適用  
 国民健康保険  標準負担額減額 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号番号		申請年月日		年 月 日	
世帯主	住所				
	氏名	電話番号	( )	-	
	個人番号				
対象者	氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	世帯主 との続柄	個人番号			

①	申請の前一年間の入院期間(日数)		年 月 日から	日間
			年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
住所				

②	申請の前一年間の入院期間(日数)		年 月 日から	日間
			年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
住所				

③	申請の前一年間の入院期間(日数)		年 月 日から	日間
			年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
住所				

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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。  
 (注) 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。

太子町長 様

届出者

以下、職員記入欄

<70歳以上>

所得区分	現役並Ⅰ	現役並Ⅱ
	低Ⅰ	低Ⅱ

認定年月日	年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当
長期認定年月日	年 月 日
標準負担額差額支給	有 ・ 無

<70歳未満>

所得区分	ア	イ	ウ
	エ	オ	

受付担当者	
-------	--