

国民健康保険 限度額適用〔標準負担額減額〕認定申請書

被保険者記号番号		平内 ー		令和 年 月 日			
世帯主	住所	平内町大字 字					
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女		
	電話番号	() ー					
	個人番号 (マイナンバー)						
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女		
	個人番号 (マイナンバー)						
	世帯主との続柄						
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 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年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 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年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

← 太枠内を記入してください

町長が証明する欄	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（組合員）及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。 ____、____、____、 ____、____、____、 平内町長 船 橋 茂 久 ㊞
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、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。

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。

記入例

被保険者記号番号		平内 — 800222		令和 6 年 6 月 3 日		
世帯主	住所	平内町大字 小湊 字 小湊63				
	氏名	平内 太郎	生年月日	昭・平・令30年 11月 2日	男・女	
	電話番号	(012) 3456 — 7890				
	個人番号 (マイナンバー)	123456789012				
限度額適用 減額対象者	氏名	平内 花子	生年月日	昭・平・令30年 1月 2日	男・女	
	個人番号 (マイナンバー)	123456789123				
	世帯主との続柄	妻				
長期入院	該当・非該当					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から		日間	
			平成・令和 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年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から		日間	
			平成・令和 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年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から		日間	
			平成・令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						

← 太枠内を記入してください

町長が証明する欄	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（組合員）及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 平内町長 船 橋 茂 久 印

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、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。

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。