

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・標準負担額減額認定

被保険者記号・番号	古河01234567					
世帯主	住所	古河市■■■1234番地				
	氏名	古河 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日		
	個人番号	9 1 8 2 7 6 5 6 4 7 3 8				
限度額適用	氏名	古河 桃子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日		
減額対象者	個人番号	1 3 2 3 1 2 4 5 6 7 8 9	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）	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			
③	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			

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇月〇〇日

古河市長

宛て

世帯主 住所 古河市■■■1234番地

氏名 古河 太郎

(自署又は記名押印)

電話番号 0280(■■)■■■■

市区町村長が証明する欄	上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 年度の市（区）町村民税が課税されないことを証明する。 古河市長 宛て 市区町村長
-------------	--

印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、交付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。

確認印	受付印

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。