

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 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 限度額適用 | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 減額対象者 | 個人番号 | | | | | | | | | 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 | | | | 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 | | | | 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 | | | | 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。

年 月 日

古河市長

宛て

世帯主 住 所

氏 名

（自署又は記名押印）

電話番号 （ ）

| | |
|-------------|---|
| 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 <div style="text-align: right;">市区町村長 印</div> |
|-------------|---|

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。