

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					
世 帯 主	住 所				
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
限度額適用	氏 名		個 人 番 号		
減額対象者	世帯主との続柄		生 年 月 日	年 月 日	
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（ 日間）		
①	申請日の前1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 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 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）		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 所在地		
④	申請日の前1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 所在地		

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世 帯 主 名 _____

（申請者） _____ 個人番号 _____

電 話 番 号 _____

古河市長 宛て

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。

処理欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号（第 号）
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号（第 号）
		ハ 公簿（ ）	認定等年月日
		ニ 却下（理由 ）	年 月 日
	差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	