

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

受付印

申請日	令和 6 年 4 月 1 日		
申請者氏名	観音寺 花子	電話	090 - 1234 - 5678

被保険者証 記号番号	香川 5 1 2 3 4 5 6									
住 所	観音寺市 坂本 町 一丁目1番1号									
世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 観音寺 太郎							電話 080 - 1234 - 5678	
減額 対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	昭 平 43 年 2 月 1 日 令				
	世帯主との 続柄	妻		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2					
交通事故等の第三者行為 による傷病ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		長期入院	該 当 ・ 非該当					
交付方法	<input checked="" type="radio"/> 窓口・郵送		送付先住所 (住所地と異なる 場合に記入)	〒 -						
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						

マイナ保険証で受診すると、限度額適用認定証の事前申請が原則不要になります

市記入欄

	窓口 交付済	未申告 所得不明	有・無											
	郵送済	未納	有・無											
				交付日	.	.	長期該当日	.	.					
年度分				発効期日 ~ 有効期限						.	.	~	.	.

公簿確認

印