No

# 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　　年　　月　　日 | | |
| 申請者氏名 | | 電話 | －　　－ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者証記号番号 | 香川５ | | | |
| 住所 | 観音寺市　　町 | | | |
| 世帯主 | 氏名 | □申請者と同じ | 電話　　－　　－ | |
| 減額対象者 | 氏名 | □世帯主と同じ　□申請者と同じ | 生年月日 | 昭 平 令　　年　　月　　日 |
| | 世帯主との続柄 | | 個人番号 | |
| 交通事故等の第三者行為による傷病ですか？ | □はい　□いいえ | 長期入院 | 該当　・　非該当 | |
| 交付方法 | 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<br>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<br>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 |

公簿確認　　印

交付日　　・　　・　　長期該当日　　・　　・

年度分　　発効期日 ～ 有効期限　　・　　・　　～　　・　　・