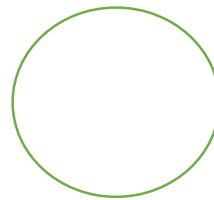


限度額適用
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書
標準負担額減額



個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険証記号番号	八代	
---------	----	--

(☐新規 ☐更新 ☐再交付(差替含む) ☐長期のみ) No. _____

※こちらの太枠を記入してください	認 定 対 象 者				
	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日(歳)
	個人番号				
	上記のとおり「限度額適用」「限度額適用・標準負担額減額」「標準負担額減額」を申請します。				
	令和 年 月 日				
	世帯主	住 所	八代市		
		氏 名	電話番号 - -		
	(あて先)八代市長				
	窓口に来た人	1. 世帯主 2. 同世帯 3. 別世帯			
	1. 記 入 不 要 2. 氏名のみ記入 3. 全 て 記 入	氏 名			電話番号 - -
	住 所				
※送付先(世帯主住所以外に送付を希望される方のみ記入)					
住 所	〒				
氏 名			電話番号	- -	

※ 令和 年 月 日、上記認定証を受領しました。氏名または受領印()

※長期入院該当 (区分オor標準負担額減額)		※標準負担額減額認定期間中の入院日数		入院日数計	日間
①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入院日数	
	入院をした保険医療機関等	医療機関名			日間
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入院日数	
	入院をした保険医療機関等	医療機関名			日間
③	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		入院日数	
	入院をした保険医療機関等	医療機関名			日間

認 定 処 理 欄			
国保税納付状況	☐ 納付書 ☐ 口座 ☐ 特徴 ☐ 領収書 ☐ 滞納あり		
適 用 区 分	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ ☐ 標準負担額減額		
交 付 年 月 日	令和 年 月 日		
発 効 年 月 日	令和 年 月 日		
有 効 期 限	令和 年 月 日		
長 期 入 院 (標準負担額減額)	☐ 該当 (☐ 領収書 ☐ 入院証明 ☐ その他) ☐ 非該当		
長期該当年月日	令和 年 月 日	前回の区分	☐ オ

☐ 交付済

☐ 後日送付
発送日: 令和 年 月 日

(交付No.)

(交付仮No.)

係長	担当	受付

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。