適用区分 ア イ ウ エ オ

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

				1						_			Т									-		_
被保険者	記号	•番号	茂							_				世帯主 固人番号										
世帯主		住所	茂	茂原市 電話番号																				
		氏名										4	三 年	三月日			左	F	月		日	男	• \$	て
限度額適用減額対象者		氏名										4	生年月日				左	Ę.	月		日	男	• \$	て
		世帯との終										,	対象者 個人番号											
交通事故等の第三者行為											有		•		無	·	1		·					
長期入院 該当・非該当						Ī	该当	年月	F	1			名	F		月			3					
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。																								
	申請日の前1年間の入院期間(E					日数	χ)				年年	月月			から まで					日間]			
1	入院をした保険医療機関等							名	稍	;														
								所	在地	ī														
	申請日の前1年間の入院期間(日数)						7)				年	月		日	から									
										_	年	月		日	まで					日間	j			
2	入院をした保険医療機関等						名	秎	;															
							所	在地	1															
3	 申請日の前1年間の入院期間(日数 							ζ)				年 年	月月			から まで					日間]		
		·								名	利	;											_	
	入院をした保険医療機関等				•		所	在地	ī															
※国民傑																							制度	:13

※国民健康保険税の未納がない方は、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。

令和		年	月	日	
申請者	住所_				
	氏名_				世帯主との続柄
	電話番	\$号 <u></u>			

	交付方法	本	納付状況					
加工田棚	窓口・郵送	免許証・パスポート・保	 険証・	その他()	年度 期納付		
処理欄	外	資格取得年	月日			面接日		
		年	月	目		年	月	日

受付