

国民健康保険 限度額適用 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		茂	世帯主 個人番号											
世帯主	住所	茂原市										連絡先		
	氏名					生年月日	年	月	日	男・女				
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	年	月	日	男・女				
	世帯主 との続柄					対象者 個人番号								
交通事故等の第三者行為					有 ・ 無									
長期入院	該当・非該当		該当年月日			年			月	日				
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。														
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）				年			月	日から	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	日間				
	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				
	入院をした保険医療機関等				名 称									
				所在地										

※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 \_\_\_\_\_

処理欄	交付方法	本人確認	
	窓口・郵送	免許証・パスポート・保険証・その他（ ）	
	外	資格取得年月日	面接日
		年 月 日	年 月 日

受付