

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

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			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															
③	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															

※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續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						納付状況						受付
	窓口・郵送	免許証・パスポート・資格確認書等・その他（ ）						年度 期納付済み						
	外	資格取得年月日						面接日						
		年 月 日						年 月 日						