

国民健康保険

 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

丹波市長 様

下記のとおり、限度額等認定証の申請をします。

(前期高齢者)

被保険者番号							申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所										
		電話番号： ( )									
	氏名										
	個人番号						生年月日	昭・平・令	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名						世帯主との続柄				
		<input type="checkbox"/> ←世帯主と同じ場合はチェック									
	個人番号						生年月日	昭・平・令	年	月	日
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無										

【申請者】 (住 所) 世帯主と同じ

(氏 名)

(電話番号)

( )

(世帯主との続柄)

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。(長期入院該当を除く) 限度額適用・標準負担額減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。

※以下、非課税世帯(低所得Ⅱ)の方のみ記入。

長期入院	該当・非該当	確認書類 【市役所記載欄】	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> レセプト	<input type="checkbox"/> その他	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

(以下、市役所記入欄)

判定	認定 ・ 却下					備考			
認定区分	<input type="checkbox"/> 現Ⅱ	<input type="checkbox"/> 現Ⅰ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ					
適用開始日	令和	年	月	日	長期適用開始日	令和	年	月	日
交付状況	窓口 ・ 郵送				交付日	令和	年	月	日
申請者本人確認	個・免・旅券・他( )				番号等				
別世帯の代理人手続	<input type="checkbox"/> 証交付対象者の保険証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 委任状					受付者			