

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。

被保険者番号							申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所										
	氏名										
	電話番号										
	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"/> ←世帯主に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										

世帯主に同じ

【申請者】 住所

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、住民税非課税世帯の方のみ記入。

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 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	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 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	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 年 月 日から		日間
			令和 年 月 日まで		
	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	滞納確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
適用区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	収納担当者	
	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	備考	
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"/> 証交付対象者の資格確認書（被保険者証） <input type="checkbox"/> 委任状		受付者	

対象者の「国民健康保険資格確認書(保険証)」または「資格情報のお知らせ」に記載されている7桁の番号をご記入ください。

<記入例>

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。

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所	丹波市 ○○町 ○○ 12-34										
	氏名	丹波 太郎										
	電話番号	0795-○○-○○○○										
	個人番号	1234	5678	9012	生年月日	昭	平・令	50年	8月	1日		
限度額適用減額対象者	氏名	丹波 花子					世帯主との続柄			妻		
	個人番号	1234	5678	9012	生年月日	昭	平・令	50年	8月	1日		
交通事故等の第三者行為	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無											

発病又は受傷の原因が第三者によるものでない場合、「無」に ○ をつけてください。

【申請者】 住所 世帯主と同じ 丹波市 ○○町 ○○ 12-34

氏名 丹波 花子 妻
電話番号 0795-○○-○○○○ 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、住民税非課税世帯の方のみ記入。

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 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 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	滞納確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
適用区分	7歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	収納担当者	
	7歳以上	<input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 低所得II <input type="checkbox"/> 低所得I	備考	
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"/> 証交付対象者の資格確認書(被保険者証) <input type="checkbox"/> 委任状		受付者	