

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

記号・番号		香川 15 ・			—	
世帯主	住所	小豆郡土庄町				
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	個人番号		電話番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	個人番号		世帯主との続柄			
医療機関 受診理由	☐ 私傷病 ☐ 第三者の行為 1.交通事故 2.ひき逃げ ☐ 仕事中のケガ等 3.けんか 4.その他()					
長期入院	該当 ・ 非該当					

長期入院の場合			入院日数合計		日間	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)				
	入院をした医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。

年 月 日

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要です(ただし、長期入院(住民税非課税世帯区分)の該当する場合は引続き申請が必要です)。

町使用欄

ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	完納・未納	長期入院レセ確認 ☐	有効期限 年 月 日
--------------------------	-------	--------------------------------------	---------------