

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定証交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		個人番号	
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当		
ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間
	入院した保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		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
	入院した保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		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
	入院した保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間
	入院した保険医療機関等	名称	年 月 日まで
		所在地	

医療機関の窓口でマイナ保険証をご利用いただき、限度額情報提供に同意することによって限度額適用認定証等の提示は不要となります(ただし、保険料に滞納がある場合を除きます)。マイナ保険証をぜひご利用ください。

(宛先) 津市長

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所

氏名

電話番号

市町村 処理欄	認定等	適用区分	保険料納付状況	証発行	受理番号(第 号) 公布番号(第 号) 認定等年月日(新規・更新) 年 月 日 郵送・手渡し 年 月 日
		ア. 上位世帯	完納	限度額適用	
		イ. 一般世帯	期限内納付	減額認定	
		エ. 非課税	未納	限度額・減額 却下	
差額支給	有・無		標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)		

受付

受付
