

国民健康保険
限度額適用・標準負担額減額

限度額適用
標準負担額減額

認定証交付申請書

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 年 月 日まで 日 間			
	入院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		
	入院した保険医療機関等		名 称			
			所在地			
	④	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		
入院した保険医療機関等		名 称				
		所在地				

(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 減額認定 限度額・減額 却下	
		ウ. 一般世帯	期限内納付		
		エ. 非課税	未 納		
	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

の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。