

国民健康保険

限度額適用

認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額

|                                                                                                 |                              |                      |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------|
| 記 号 番 号                                                                                         |                              | 被 保 険 者<br>氏 名 (入院者) |                         |
| 個 人 番 号                                                                                         |                              | 生 年 月 日              | 年 月 日                   |
| (非課税世帯の方はいずれかに○を)<br>1 限度額・減額認定証Ⅰに該当します<br>2 申請月の末日から過去1年間の入院日数が90日を超えた場合<br>3 上記には該当しません       |                              |                      |                         |
| 2<br>に<br>○<br>を<br>つ<br>け<br>た<br>場<br>合<br>記<br>入                                             | 入院していた期間 (日数)                |                      | 入院していた (入院中含む) 医療機関     |
|                                                                                                 | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>入院日数 日 |                      | (名称)<br><br>(所在地:市区町村名) |
|                                                                                                 | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>入院日数 日 |                      | (名称)<br><br>(所在地:市区町村名) |
|                                                                                                 | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>入院日数 日 |                      | (名称)<br><br>(所在地:市区町村名) |
| (宛先) 津市長<br><br>上記のとおり申請します。 年 月 日<br><br>申請者 (世帯主 ) 住 所 津 市<br><br>氏 名 _____<br><br>電話番号 _____ |                              |                      |                         |

医療機関の窓口でマイナ保険証をご利用いただき、限度額情報の提供に同意することで限度額適用認定証等の提示は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

| 市<br>町<br>村<br>処<br>理<br>欄 | 適用区分  |       | 証発行   | 認定・交付日        |        |   |   |
|----------------------------|-------|-------|-------|---------------|--------|---|---|
|                            | 上位世帯  | 現役並みⅡ | 限度額適用 | 認定等年月日（新規・更新） |        |   |   |
|                            |       | 現役並みⅠ |       | 年             | 月      | 日 |   |
|                            | 非課税世帯 | 低Ⅱ    |       | 限度額・減額        | 郵送・手渡し |   |   |
|                            |       | 低Ⅰ    |       |               | 年      | 月 | 日 |
|                            |       |       |       | 長期入院該当年月日     |        |   |   |
|                            |       |       |       | 年             | 月      | 日 |   |
| 差額支給                       | 有・無   |       |       |               |        |   |   |

|     |
|-----|
| 受 付 |
|     |