

限度額適用

国民健康保険 標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名	生年月日	年 月 日		
限度額適用 減額対象者	氏 名	個人番号			
	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日		
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
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
		年 月 日 まで			
②	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)	年 月 日 から			
		年 月 日 まで	日間		
④	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
⑤	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		
⑥	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 _____ 個人番号 _____

(申請者) _____

電話番号 _____

七戸町長 殿

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。
限度額適用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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿 ()	
		ニ 却下 (理由) ()	
差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II	