

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

課長	課長補佐	係長	係員	受付

認定対象者	記号番号	宇土一							※太枠の中を記入してください。				
	氏名							生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	個人番号	- -							世帯主と の続柄				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 宇土市

世帯主

氏名

(☎ - - -)

宇土市長様

個人番号

||||| - ||||| - |||||

届出人 (窓口に来た人)	1. 世帯主		2. 同世帯	3. 別世帯	
世帯主以外 の場合記入	氏名			電話	- - -
	住所	<input type="checkbox"/> 同住所		世帯主と の続柄	

長期入院	該当 • 非該当	※長期入院とは、過去12カ月の入院日数が91日以上あることをいいます。 ただし、減額認定を受けていない期間の入院は除きます。		
入院をした保険医療機関等			申請日の前1年間の入院期間(日数)	
①	名称			年 月 日から
	所在地			年 月 日まで
入院日数合計 () 日間				日間

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。

本人確認 ()	カード 免許証 旅券	新規	更新	長期のみ	再発行	適用年月日	交付番号	第 号		
		国保税未納	無	・	有		年 月 日から	区分		
	前年度長期認定	無	・	有	年 月 日まで	一般	・ 退本	・ 退扱		
	認定根拠	公簿			长期	年 月 日まで	アイ	ウ	エ	オ
		その他()				前期高齢	低I	低II		
	一定I 一定II									
備考										