

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額
標準負担額減額

認定申請書

(宛先)大村市長 様
下記のとおり申請します。

届出日	令和	年	月	日	記号	大村	番号						
世帯主	住 所	大村市											
	フリガナ					生年月日	昭・平・令			年	月	日	歳
	氏 名					電話番号	— —						
	個人番号												
対象者①	フリガナ					生年月日	昭・平・令			年	月	日	歳
	氏 名					世帯主との続柄	本人 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 その他()						
	個人番号												
							* 長期入院		該当 ・ 非該当				
対象者②	フリガナ					生年月日	昭・平・令			年	月	日	歳
	氏 名					世帯主との続柄	本人 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 その他()						
	個人番号												
							* 長期入院		該当 ・ 非該当				

※太枠の中を記入してください。 * 過去1年間に91日以上入院
◆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が適用されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります(国民健康保険税に未納がある場合などを除く)。ただし、区分「オ」「低Ⅱ」の方で過去12か月以内に90日を超えて入院されたとき、食事代の減額を受けることができますが、その適用を受けるためには必ず申請してください。

滞 納		有 ・ 無		※職員処理欄									
適用区分	70歳未満	ア		イ		ウ		エ		オ			
	前高	課税：901万円越		課税：600万円越 901万円以下		課税：210万円超 600万円以下		課税：210万円以下		非課税			
		現役Ⅱ		現役Ⅰ		低Ⅱ		低Ⅰ					
		長期該当日(91日目)		令和 年 月 日		長期適用日(翌月1日)		令和 年 月 日					
(1)	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日		～		年 月 日間						
	入院をした医療機関等		名 称										
				所在地									
(2)	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日		～		年 月 日間						
	入院をした医療機関等		名 称										
				所在地									
(3)	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日		～		年 月 日間						
	入院をした医療機関等		名 称										
				所在地									
備 考								受付		確認		変更	
認定証申請者 本人確認				認定証申請者(別世帯) 本人確認				受領印 (郵送・窓口)					
☐ 世帯主 ☐ 世帯員 続柄 妻・夫・子・() 氏 名()		☐ 資格確認書 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他()		対象者との関係 () 氏 名()		☐ 資格確認書 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他()							