

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

認定申請書

被保険者記号・番号									
世帯主	住 所	石狩郡当別町							
	氏 名				生年月日	昭・平・令	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	昭・平・令	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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						
	入院を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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						
	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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						
	入院を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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						
	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。

令和 年 月 日

住 所 石狩郡当別町

世帯主名

(申請者) 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |

電話番号 ()

当別町長 様

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 令和 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

記入例

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

被保険者記号・番号		当別 ○○○○○○					
世帯主	住 所	石狩郡当別町 ○○町○○番地○○					
	氏 名	当別 太郎		生年月日	昭・平・令 ○○年○○月○○日		
限度額適用 減額対象者	氏 名	当別 花子		個人番号	○○○ ○○○○○○○○○○○○		
	世帯主との続柄	妻		生年月日	昭・平・令 ××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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	入院を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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	入院を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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	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。

令和○○年○○月○○日

住 所 石狩郡当別町 ○○町○○番地○○

世帯主名
(申請者) 当別 太郎 個人番号 ○○○|○○○○○○○○○○○○

電話番号 0133 (○○) ○○○○

当別町長 様

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 令和 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	