

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	
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	
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 _____

世帯主名
（申請者） _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

岡山県高梁市長 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）
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号（第 号）
		ハ 公簿（ ）	認定等年月日
		ニ 却下（理由 ）	令和 年 月 日
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	