

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											
世帯主	氏名										
減額対象者	氏名										
	個人番号										
	生年月日	年 月 日									
	世帯主との続柄										
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為								有・無	
①	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						
	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）		年 月 日から		年 月 日まで 日間						
	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						
	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）		年 月 日から		年 月 日まで 日間						
	入院をした保険医療機関等		名称								
			所在地								
上記のとおり申請します。 年 月 日 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; width: 200px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> 世帯主 住所 氏 名 (印) 後 志 広 域 連 合 長 様											

連絡先（電話）

届出者

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。