

**限度額適用
 国民健康保険 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				
	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)	から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

住所 _____ 年 月 日

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

刈谷市長
稲垣 武 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 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有・無	食事療養費標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II	