

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		柏国		申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所	柏原市						
	氏名			男・女	電話番号	-	-	
申請人	氏名			世帯主との続柄	電話番号	-	-	
限度額適用 減額対象者	氏名 個人番号			男・女	生年月日	S	年	月
	世帯主 との続柄			第三者 行為	R 該当 ・ 非該当			

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。

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
	入院をした保険医療機関等	名称					
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
	入院をした保険医療機関等	名称					
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
	入院をした保険医療機関等	名称					
長期入院	該当 ・ 非該当						

保 険 者 処 理 欄														
認 定 等		認 定 区 分						年 月 日 等						
イ 住民税証明書 ロ 公簿 ハ 却下		ア	<input type="checkbox"/>	イ	<input type="checkbox"/>	ウ	<input type="checkbox"/>	エ	<input type="checkbox"/>	オ	<input type="checkbox"/>	認定年月日		
		低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/>	低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/>	令和	年	月	日					
		現役並みⅠ	<input type="checkbox"/>	現役並みⅡ	<input type="checkbox"/>	長期該当年月日								
		標準負担のみ	<input type="checkbox"/>			令和	年	月	日					
保険料	完納確認 担当()	<input type="checkbox"/>	マイナ 保険証	有・無	交付	有・無	証発行	窓口 (/) 郵送 (/)	受付 担当					
宛名 番号		発行 履歴	<input type="checkbox"/>	備考					内容 確認	<input type="checkbox"/>				