

(70歳未満用)

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|----------------------|--|---------|------|--------|--|--|--|
| 被保険者証記号番号 | 香川45- | | | | 長期入院 | 該当・非該当 | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | 世帯主との続柄 | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | |
| 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 | | | |

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請をします。

令和 年 月 日

世帯主 住所 さぬき市 _____

氏名 _____

個人番号 _____

連絡先電話番号 _____

さぬき市長 大山茂樹 殿

※太枠の中のみ記入してください。(過去1年間の入院日数が90日を超えた人は①~③に記入してください。)

| 確認欄 | 所得区分 | | | | | 国保税滞納 | | 未申告 | | | |
|------|-----------------------------------|---|---|---|---|-------|---|-----|-------|------|---|
| | ア | イ | ウ | エ | オ | 無 | 有 | 無 | (有) | 簡易申告 | |
| | | | | | | | | | | 未 | 済 |
| 本人確認 | A【個カ・免許・住カ(有)・旅券・身障・()】 | | | | | | | | | | |
| | B【保険・住カ(無)・年金・共済・()】 | | | | | | | | | | |
| | C【学生・社員・通キヤカ・クレカ・()】 | | | | | | | | | | |
| 番号確認 | 【個カ・通カ・住民票写(番号入)・住民票記載事項証明書(番号入)】 | | | | | | | | | | |

※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。(長期入院該当については、申請が必要になりますのでご注意ください。)