

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自己負担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や更新手続き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。

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

申請年月日		令和 年 月 日	被保険者 記号・番号		も (枝番)
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	個人番号	電話番号	()		
対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号	世帯主との続柄			

長期入院 該当・非該当 ※非課税世帯で、申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

世帯主以外の方が来庁した場合は下記も記入してください。

住所 _____

氏名 _____

電話番号 ()

世帯主との関係 同一世帯員・同一世帯以外の親族・その他 ()

備考 非課税証明書等は、保険者が町であって、当該事実を公簿等により確認することができる場合は省略できる。

毛呂山町記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()				
滞納有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※税務課案内 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()				
交付日	令和 年 月 日	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		
発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日		
適用区分	(ア・イ・ウ・エ・オ)	課長	副課長	係長	担当
	(現役並みII・現役並みI)				
	(低II・低I)				

台帳番号	
------	--

受付印
