

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		記号	番号	
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号		対象者 個人番号
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		
⑤	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		

智頭町長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に今年度の町民税が課されないことを証明する。	印
----------------	---	---

備考 「智頭町長が証明する欄」は、保険者が智頭町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

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に抑えることができます。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。