

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		四国			
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		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	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）		
	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
	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）	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
	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）	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
	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）	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
	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。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 _____

(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

大阪府四條畷市長 あて

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台帳発行番号（第 号）
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低・低・現・現	