

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		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 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 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 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 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() 二 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		