

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		和28・		一般	退本人	退被扶養	前期高齢
限度額適用 減額対象者		氏名					
		生年月日	昭平令	年	月	日生	歳
発行日	減額・長期	令和	年	月	日	有効期限	令和 年 月 日
適用日		令和	年	月	日	長期該当日	令和 年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日から 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 日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
交通事故等に伴う第三者行為の有無 (有・無) (有の場合は医療機関名を上記①・②へ必ず記入する。)							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 美浜町 世帯主 氏名 電話番号 美浜町長 殿 届出人 氏名 電話番号							

※健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード(マイナ保険証)を利用することで、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が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。

適用区分	区分確認	収納確認	証交付	長期交付	交付簿記載
ア・イ・ウ エ・オ 低I・低II 現I・現II・現III					