

※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。

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               | 忠 国 | 番 号 |     |      |   |     |    |     |
| 世 帯 主   | 住 所               |     |     |     |      |   |     |    |     |
|         | 氏 名               |     |     |     | 生年月日 | 年 | 月   | 日  | 男・女 |
|         | 個 人 番 号           |     |     |     |      |   |     |    |     |
| 減額対象者   | 氏 名               |     |     |     | 生年月日 | 年 | 月   | 日  | 男・女 |
|         | 個 人 番 号           |     |     |     |      |   |     |    |     |
|         | 世帯主との続柄           |     |     |     |      |   |     |    |     |
| 長 期 入 院 | 該 当 ・ 非 該 当       |     |     |     |      |   |     |    |     |
| ①       | 申請日の前1年間の入院期間（日数） |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日から |    |     |
|         | 入院をした保険医療機関等      |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日まで | 日間 |     |
|         |                   |     |     | 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 |    |     |
|         | 入院をした保険医療機関等      |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日まで | 日間 |     |
|         |                   |     |     | 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 |    |     |
|         | 入院をした保険医療機関等      |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日まで | 日間 |     |
|         |                   |     |     | 名 称 |      |   |     |    |     |
|         |                   |     | 所在地 |     |      |   |     |    |     |
| ④       | 申請日の前1年間の入院期間（日数） |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日から |    |     |
|         | 入院をした保険医療機関等      |     |     | 令和  | 年    | 月 | 日まで | 日間 |     |
|         |                   |     |     | 名 称 |      |   |     |    |     |
|         |                   |     | 所在地 |     |      |   |     |    |     |

令和 年 月 日

|       |                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| 証 明 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_____年度の市（区）町民税が課されないことを証明する。 |
|       | _____、_____、_____                                                         |
|       | _____、_____、_____                                                         |
| 忠岡町長  |                                                                           |