

国民健康保険 限度額適用 (ア・イ・ウ・エ・現役並みⅡ・現役並みⅠ) 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額 (オ・低Ⅱ・低Ⅰ)

被保険者証記号番号		南島原 ー		
世帯主	住所	南島原市		
	氏名			
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏名		世帯主との続柄	男・女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
長期入院	該当・非該当	今回の申請は、第三者行為によるものではない		はい・いいえ

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)		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用、標準負担額減額及び限度額適用・標準負担額減額の認定について申請します。

年 月 日

住所 南島原市 番地

申請者 氏名 (※)

(※) 本人が手書き(署名)しない場合は、記名押印してください。

電話番号 ー ー

南島原市長 様

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るため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります(国民健康保険税に未納がある場合などを除く)。マイナ保険証をぜひご利用ください。

市区町村処理欄	認定等	イ.市町村民税非課税証明書	二.却下(理由:)	収納確認担当者
		ロ.保護申請却下通知書		
		ハ.公簿()	認定等年月日 年 月 日	印
		差額支給 有・無	申請書番号(第 号)	