

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

年 月 日

被保険者記号番号		鳴門 ー			
世 帯 主	住 所				
	氏 名			生年月日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏 名			生年月日	
	世帯主との続柄			個人番号	
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)		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		
②	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		
③	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		
④	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		

マイナ保険証<sup>(※)</sup>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。

届 出 人	氏 名		
	連絡先	( )	ー
	世帯主との続柄		

処 理 欄	一 般	70歳未満 ・ 70歳以上	限 度 額 適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ・オ 現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ 区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ
	滞 納	無 ・ 有	長 期 認 定	年 月 日
	有効期限	正規・短期 ( ヶ月)	第 三 者 行 為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無