

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日

常滑市長 殿

世帯主	住 所 常滑市												
	氏 名												
	個人番号												
	電 話												
申請者	住所 ☐ 世帯主に同じ												
	氏名 ☐ 世帯主に同じ 続柄 ()												
	電話 ☐ 世帯主に同じ												

☐この申請において世帯主・保険者の個人番号を常滑市が確認することに同意します。

次のとおり申請します。

被保険者証番号												
氏 名							生年月日		昭・平・令			
個 人 番 号									年 月 日			
認 定	70歳未満（未就学児・若人・前期高齢者） 適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ）						発効期日（申請月の1日）					
	70歳以上 適用区分（現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ）						年 月 日					
Ⅱ 長期（未就学児・若人・前期高齢者）のみ	長期該当日（申請月の翌月1日）						年 月 日					
	入院期間が91日目になる日						年 月 日					
	申請日の12か月前からの入院状況 ※裏面に根拠となる領収書・レセプト等添付		年 月 日～ 日（ 日間）									
			年 月 日～ 日（ 日間）通算 日									
			年 月 日～ 日（ 日間）通算 日									
年 月 日～ 日（ 日間）通算 日												

申請者の本人確認書類 ☐マイナカード ☐免許証 ☐パスポート ☐その他()
マイナ保険証利用者は限度額認定証等は渡さない（申請もなし。ただし90日超除く）