

**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							
世帯主	住所	陸前高田市 町字					
	氏名				生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名				個人番号		
	世帯主との続柄				生年月日	年 月 日	男・女
長期入院	該当・非該当			交通事故等の第三者行為		有・無	
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年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで					
	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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主名(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

陸前高田市長

殿

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。
 限度額適用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。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ハ 公簿()	認定等年月日
		ニ 却下(理由)	令和 年 月 日
	差額支給 有・無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)	

窓口に来られた方	住所	陸前高田市 町字		
	氏名		電話番号	()
	申請者との関係			