記入例

受　付

国民健康保険　限度額適用　認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

認定証が必要な方の名前等を記入してください。

認定証が必要な方の枝番を記入してください。

（宛先）高松市長
下記のとおり申請します。

			申請日	令和 〇 ×月 △△日

限度額適用減額対象者	氏　名	高松　花子	生年月日	昭和・平成・令和　30 年　1月　1日
			個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
世帯主（申請者）	住　所	高松市　番町一丁目8番15号		
	氏　名	高松　太郎	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7
			電話番号（日中連絡先）	087-839-2311
届出人（窓口に来られた人）	☐ 世帯主　☐ 対象者　☑ 同一世帯員（氏名のみご記入ください。） ☐ 代理人（下記をすべてご記入ください。）			
	住　所			
	氏　名	高松　一郎	世帯主との続柄	

連絡先を必ず記入してください。

同一世帯員以外の代理人の届出については委任状が提出が必要です。

長期入院	該当　・　非該当		
①	申請日の前　年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前の1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前の1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

該当する場合「該当」を〇で囲んでください。

注　長期入院該当の場合には、減額認定証及び領収書等の入院期間を確認できる書類等を添付して申請してください。

職員記入欄											
本人確認		個人番号確認				受付		受取方法	資格	収納	
確認書類	免・個・住・パ・在 資・他（高齢・通・キャ・診・　） 委	確認書類	1. 番号カード 2. 番号通知カード 3. 住民票等（番号有）	確認書類	不明 拒否 他（　）	本庁		窓口手渡し済 出張所返し 自宅郵送			
						支・出	香川 〇〇				
適用区分	70歳以上【　現Ⅱ　現Ⅰ　低Ⅱ　低Ⅰ　】・70歳未満【　ア　イ　ウ　エ　オ　】										
香川　1											
宛名番号											

※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。