

記入例

受付

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

(宛先)高松市長
下記のとおり申請します。

認定証が必要な方の名前等を記入してください。

申請日 令和 〇〇年 ×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)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯員(氏名のみご記入ください。) <input type="checkbox"/> 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。

長期入院	該当	非該当	※該当する場合記載してください			
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		名称	所在地		
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	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	日間
	入院をした保険医療機関等		名称	所在地		

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
<input checked="" type="checkbox"/> 個・住・パ・在 <input type="checkbox"/> 資・他(高齢・通・キヤ・診) 委	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 番号カード <input type="checkbox"/> 2. 番号通知カード <input type="checkbox"/> 3. 住民票等(番号有)	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 支・出	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口手渡し済 <input type="checkbox"/> 出張所返し <input type="checkbox"/> 自宅郵送		
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						

※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。