

国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

被保険者記号・番号			
世帯主	氏 名		世帯主の住所
	生年月日		
	個人番号		
減額対象者	氏 名		世帯主との続柄
	生年月日		
	個人番号		

長期入院		(該当 ・ 非該当)		交通事故等の第三者行為		(有 ・ 無)	
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）			から まで 日間			
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所在地				
	申請日の前1年間の入院期間（日数）			から まで 日間			
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
申請日の前1年間の入院期間（日数）			から まで 日間				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
申請日の前1年間の入院期間（日数）			から まで 日間				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					
申請日の前1年間の入院期間（日数）			から まで 日間				
入院をした保険医療機関等		名 称					
		所在地					

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日 住 所
申請者 氏 名
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください
個人番号

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。

嘉麻市長 殿

市 町 村 処 理 欄	認定 方法	イ. 市町村民税非課税証明書	受理番号 (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 年 月 日
		二. 却下 (理由:)	
差 額 支 給 有 ・ 無		標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)	