

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
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	
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）		年 月 日 から 日間 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）		年 月 日 から 日間 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）		年 月 日 から 日間 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）		年 月 日 から 日間 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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 _____

(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

日田市長殿

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） 交付番号（第 号） 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書		
		ハ 公簿（ ） ニ 却下（理由 ）		
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）		
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ		

日田市長