

国民健康保険  
限度額適用・標準負担額減額

限度額適用  
標準負担額減額

認定証交付申請書

|                          |                   |                     |                                              |                                              |                 |  |
|--------------------------|-------------------|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|--|
| 記 号 番 号                  |                   |                     |                                              | 個人番号                                         |                 |  |
| 限度額適用<br>減額対象者           | 氏 名               |                     |                                              | 生年月日                                         | 年      月      日 |  |
|                          | 世帯主との続柄           |                     |                                              |                                              |                 |  |
| 長 期 入 院                  |                   | 該 当      ・      非該当 |                                              |                                              |                 |  |
| 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<br>年      月      日まで<br>日間 |                                              |                 |  |
|                          | 入院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<br>年      月      日まで<br>日間 |                 |  |
| 入院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<br>年      月      日まで<br>日間 |                 |  |
|                          | 入院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<br>年      月      日まで<br>日間 |                 |  |
| 入院した保険医療機関等              |                   | 名 称                 |                                              |                                              |                 |  |
|                          |                   | 所在地                 |                                              |                                              |                 |  |

(宛先)    津市長  
上記のとおり申請します。  
  
年      月      日  
申請者（世帯主）    住    所  
  
氏    名  
  
電話番号

|            |      |         |         |                               |                                                                                                     |
|------------|------|---------|---------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市町村<br>処理欄 | 認定等  | 適用区分    | 保険料納付状況 | 証発行                           | 受理番号（第      号）<br>公布番号（第      号）<br>認定等年月日（新規・更新）<br>年      月      日<br>郵送・手渡し      年      月      日 |
|            |      | ア. 上位世帯 | 完    納  | 限度額適用<br>減額認定<br>限度額・減額<br>却下 |                                                                                                     |
|            |      | イ. 一般世帯 | 期限内納付   |                               |                                                                                                     |
|            |      | エ. 非課税  | 未    納  |                               |                                                                                                     |
|            | 差額支給 | 有 ・ 無   |         | 標準負担額差額支給台帳発行番号（第      号）     |                                                                                                     |

|        |
|--------|
| 受    付 |
|        |

の医療機関の窓口でマイナ保険証をご利用いただき、限度額適用認定証等  
の提示は不要となります。ただし、保険料に滞納がある場合を除きます。マイナ保険証をぜひご利用ください。