

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

☐ 私は、マイナ保険証を利用することで、限度額を超える支払いが免除され、本申請手続きは不要となることを了解していますが、申請します。

被保険者記号番号		み和 A												
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日		昭和 平成 令和				年 月 日		男・女
	個人番号													
長期入院	☐ 該当 ☐ 非該当													
①	申請日の前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									
②	申請日の前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									

令和 年 月 日

大和町長 殿

上記のとおり申請します。

世帯主

住所 大和町

氏名

電話番号 ()

届出者	☐ 世帯員 ☐ その他 ()	氏名	住所 ☐ 同上
			電話番号

※ 届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。