(R6. 12～)

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

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 000A000000											
限度額適用 減額対象者	氏名	大和 太郎				生年月日	昭和 平成 11年 2月 3日 令和					男・女	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
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 吉岡まほろば一丁目1-1

氏名 大和 太郎

電話番号 022 (345) 1117

届出者	☐ 世帯員	氏名	住所 ☐ 同上
	☐ その他 ()		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。