

課長	補佐	係長	係員

限 度 額 適 用
國民健康保険 標準負担額減額 **認定申請書**
限度額適用・標準負担額減額

次のとおり申請します。

小千谷市長 あて

令和 年 月 日

世帯主	住所	小千谷市					TEL												
	氏名				個人番号														
限度額適用 減額対象者	被保険者記号		小千谷		被保険者番号			000											
	氏名				生年月日	年 月 日													
	世帯主との続柄				個人番号														
長期入院	該当・非該当		(長期該当:過去1年間の区分才またはIIとしての入院日数が90日を越える場合)																

※マイナ保険証を利用すれば、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、限度額適用認定証は不要となります。

以下は長期該当者のみ記入してください。

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		
②	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		
④	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		

処理欄	発効期日: 令和 年 月 日		認定証の区別			適用区分	
	1市民税非課税 2却下(理由: 3その他)		差額支給 有・無	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証			ア・イ・ウ・エ
				<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証			現役並み I・II
				<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証			才
			<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証			I・II	
滞納	有・無 (資格者証・短期証 有・無)		備考				