

# 国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額申請書

被保険者証記号番号												
世帯主	氏 名											世帯主の住所
	生年月日											
	個人番号											
減額対象者	氏 名											世帯主との続柄
	生年月日											
	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）		から まで 日間									
	入院をした保険医療機関等	名 称										
		所在地										
申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間										
入院をした保険医療機関等	名 称											
	所在地											
申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間										
入院をした保険医療機関等	名 称											
	所在地											
申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間										
入院をした保険医療機関等	名 称											
	所在地											

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

申請者 個人番号

氏 名

印

東京都西多摩郡日の出町長 様

市 町 村 処 理 欄	認 定 方 法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 ( ) ニ. 却下 (理由: )	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差 額 支 給	有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)

マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）を利用いただくと、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。