

別記様式第3号（第6条関係）

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

認定申請書

被保険者記号・番号					
世帯主		住 所			
		氏 名	生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者		氏 名	個人番号		
		世帯主との続柄	生年月日	年 月 日	
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	
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 年 月 日 まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名 称		
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
	入院をした保険医療機関等		名 称		
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
	入院をした保険医療機関等		名 称		
④			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
	入院をした保険医療機関等		名 称		

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

後 志 広 域 連 合 長 様

マイナ保険証(※)を利用すれば、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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	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) ()		受付番号 (第 交付番号 (第 認定等年月日 年 月 日 号) 号) 号)
		差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)
		所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II	