

様式第10号 (第24条, 第25条, 第26条関係)

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号				
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	
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	
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	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	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	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	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) _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

茨城県境町長

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	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ハ 公簿()	認定等年月日
		ニ 却下(理由)	年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	