

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
 交付申請書

被保険者証記号番号		四国中央			
世帯主	氏 名		世帯主の 住所	愛媛県四国中央市	
	生年月日				
	個人番号				
限度額適用 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)			
	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

愛媛県四国中央市長 篠原 実 様

申請者 住 所

氏 名

電話 () -

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。

職員 記入欄	交付番号		本人確認	免許証・マイナンバーカード・その他（ ）
	受付担当者		取得事由	第三者行為（交通事故等） ・ その他