

【記入例】

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

交付申請書

※赤字部分を記入します

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	四国中央 0 1 2 3 4 5 6 7		
世帯主	氏名	四国 太郎	世帯主の住所 愛媛県四国中央市 三島宮川4-6-55
	生年月日	昭和 ** 年 ** 月 ** 日	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
限度額適用 減額対象者	氏名	四国 花子	世帯主との続柄 妻 世帯主、対象者(必要な方)、住所、続柄を記入。 個人番号はマイナンバーです。
	生年月日	昭和 ** 年 ** 月 ** 日	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
長期入院	(該当・非該当)		
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和4年〇月〇日から 令和5年〇月〇日まで 〇日間		
入院をした保険医療機関等	名称	◆◆病院	
	所在地	四国中央市●●町●●-●	
非課税世帯(区分が「オ」「非課税Ⅱ」)の方で、過去1年間に90日を超える入院があった場合に記入。 ※該当しない場合は空白でかまいません。	から	まで	日間
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。

令和6年〇月〇日

愛媛県四国中央市長 篠原 実 様

手続きする人(届出人)の住所・氏名・電話番号を記入

申請者 住所 四国中央市三島宮川4-6-55
氏名 国保 太郎
電話 (000) 0000 - 0000

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