

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

|                |                      |              |             |          |
|----------------|----------------------|--------------|-------------|----------|
| 被保険者番号         |                      |              |             |          |
| 世帯主            | 氏 名                  |              | 世帯主の<br>住所  | 愛媛県四国中央市 |
|                | 生年月日                 |              |             |          |
|                | 個人番号                 |              |             |          |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏 名                  |              | 世帯主との<br>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<br>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<br>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<br>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  
四国中央市長 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<br>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   |