

健康こども課決裁欄				
課長	課長補佐	班長	課員	担当者

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証（健康・介護） <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他	

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
 限度額適用及び標準負担額減額

(あて先) 南 部 町 長

下記のとおり申請します。		令和 年 月 日	
申 (世帯主) 請 人	氏名	個人番号	
	住所	南部町大字	電話番号 - -
窓 口 に 来 ら れ た 方	世帯主以外の方が窓口に来られた場合に記入		
	氏名	続柄	(世帯主の)
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	電話番号 - -
対 象 被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	南国保	個人番号
	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	第三者行為 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(原因:)	長期入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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 年 月 日 まで 日間	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

オンライン資格確認が可能な医療機関等では、マイナ保険証を利用すると、限度額認定証等がなくても、一部負担金を自己負担限度額までに抑えることができます。
 ※非課税世帯で入院時食事療養費の減額を受ける場合等は、申請が必要になります。

※受付担当課処理欄

長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
長期入院該当日	年 月 日

<input type="checkbox"/> 70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ
<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ / <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ
	<input type="checkbox"/> 現Ⅲ <input type="checkbox"/> 一般 ※限度額証は交付されません。