

国民健康保険(食事療養減額、生活療養減額、限度額適用、限度額適用・標準負担額減額)認定申請書

被保険者証記号・番号		南 ○○○ - ○○○○○ (枝番) ○○										
世帯主	住所	南山城村大字 北大河原 小字 久保14 番地 1										
	氏名	南山城 太郎					生年月日	昭和○○年 ○月 ○日				
	個人番号											
減額対象者	氏名	南山城 花子					生年月日	昭和○○年 ○月 ○日				
	個人番号											
	世帯主との続柄	妻					減額対象者は限度額適用認定証の交付を受けられる方の氏名をお願いします。					
長期入院		該当 非該当					91日以上ご入院される予定の方は該当となりますので、下記に日数および医療機関情報等をご記入ください。					

※ここから下は、長期該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和○年 ○月 ○日から 91日間 令和○年 ○月 ○日まで									
	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 年 月 日まで									
	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 年 月 日まで									
	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 年 月 日まで									
	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。

令和 ○ 年 ○月 ○○日

記入日をご記入ください。

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。
(※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。)

※以下の欄には記入しないでください。

村長が証明 する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の村民税が課されないことを証明する。									
	年 月 日 南山城村長									

交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日	処理欄
有効期限	年 月 日	長期入院該当年月日	年 月 日	