

国民健康保険
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

限度額適用
認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、この限度額認定証の事前申請無く、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。ぜひマイナ保険証をご利用ください。

※直近12カ月の入院日数が90日を超える町民税非課税世帯の方が、入院時の食事療養費等の減額をさらに受ける場合を除く。

被保険者証記号番号		和 2 5 -		一 般 ・ 退 職				
世 帯 主 (組合員)	住所	有田川町大字		生年月日	昭・平 年 月 日			
	氏名			*個人番号* 番号のわかる方は 記入願います。				
限度額適用	氏名		続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
減額対象者	電話番号	- -		*個人番号* 番号のわかる方は 記入願います。				
入院状況	入院中 ・ 入院していない		長期入院	(次月1日より過去12ヶ月 で90日を超える入院)		該当 ・ 非該当		
疾病又は負傷は交通事故等の 第三者の行為によるものですか		はい ----- いいえ	はい と答えた方 →	第三者行為の届出は 既にお済ですか	はい ----- いいえ	いいえ と答えた方は 別に第三者行為の 届出をお願いします		

適 用 区 分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ I ・ II ・ 現 I ・ 現 II			
①	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日 間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地			
②	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日 間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地			
③	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日 間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地			
④	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日 間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
令和 年 月 日

有田川町長 中 山 正 隆 殿

市区町村長が 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（組合員）及びその世帯に 属する被保険者に____年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。
	____、____、____、 ____、____、____、 市区町村長名 印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認
することができるときは、省略できる。

※届出人が別世帯の方の場合は必ず委任状、もしくは認定証対象者本人の保険証の持参が必要となります。

届出人氏名		(別世帯の方のみ記入必須)	
生年月日 S・H 年 月 日		世帯主との関係(続柄)	
		住所	
		電話 ()	
職員確認欄	本人確認	免・パ・個力・身・保・介・年手・年証・他 ()	