

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

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。
 ただし、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。

記号番号		和 2 5 -		一 般			
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	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
②	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
③	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
④	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					

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 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。 <div style="text-align: center;"> _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 印 </div>
-----------------	---

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資格確認書の持参が必要となります。

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