限度額適用

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

認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |
| 世帯主 | 住 | 所 |  |
| 氏 | 名 |  |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 限度額適用 | 氏 | 名 |  |  | 個人番号 |  |
| 減額対象者 | 世帯主との続柄 |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 長 | 期 | 入 | 院 | 該 | 当 | ・ | 非 | 該 | 当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 | ・ | 無 |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 | 入院日数合計（ |  | 日間） |
| ① | 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 |  |
| 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。

# 住 所

 年 月 日

　世帯主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　個人番号

（申請者）

　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　男鹿市長殿

マイナ保険証（電子資格確認に利用される個人番号カード）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いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をご利用ください。ただし、限度額情報の登録状況や病院の機材トラブル等によって、マイナ保険証では対応できない場合もあるため、その際は限度額認定証の交付申請をしていただきますようお願いいたします。長期入院該当の場合も申請してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書 | 受付番号（第 | 号) |
| ロ 保護申請却下通知書 | 交付番号（第 | 号) |
| ハ 公簿 （ | ) | 認定等年月日 |  |
| ニ 却下 （理由 | ) |  年 月 | 日 |
| 差額支給 有 ・ 無 | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 | 号） |

限度額適用

**記載例**

国民健康保険 標準負担額減額　　　　　　　　　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |
| 世帯主 | 住 | 所 | **※これは記載例ですので、申請書の方に記入してください。** |
| 氏 | 名 |  |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 限度額適用 | 氏 | 名 |  |  | 個人番号 |  |
| 減額対象者 | 世帯主との続柄 |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 長 | 期 | 入 | 院 | 該 | 当 | ・ | 非 | 該 | 当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 | ・ | 無 |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。↑　太枠内を記入し、該当する方を丸で囲んでください。・「長期入院」とは申請する以前1年間に90日を超えて入院した場合です。　該当する場合は、入院期間や病院名を記載してください。・交通事故等の第三者の行為による負傷等で治療した場合は、別途手続きが必要となります。 | 入院日数合計（ |  | 日間） |
| ① | 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 |  |
| 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**申請書については、男鹿市生活環境課またはお近くの若美支所・地域コミュニティセンター（若美を除く）へご提出ください。****男鹿市生活環境課保険班宛ての郵送でも受付いたします。****地域コミュニティセンター（若美を除く）及び郵送で受付した場合は、後日、認定証を郵送いたします。****・郵送先　男鹿市役所生活環境課保険班****〒０１０－０５９５　男鹿市船川港船川字泉台６６番地１** | 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 |  |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数）**↓太枠内を記入してください。** |  |  | 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。

年 月 日

住所

**※これは記載例ですので、申請書の方に記入してください。**

　世帯主名

　（申請者）　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

**※消えるボールペンやえんぴつ、シャープペンシルは使用しないでください。**

　電話番号

　※処理欄省略