

**マイナ保険証を利用すると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御利用ください。**

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額等認定申請書

被保険者証記号番号		鹿 出				
減額対象者	氏 名	生年月日	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄	個人番号				
		一般 退本 退扶				
長期入院	該 当 ・ 非該当	(所得区分) ア イ ウ エ オ 現Ⅰ 現Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ				
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				
<p>上記のとおり関係書類を添えて 限度額適用 標準負担額減額 の認定を申請します。 限度額適用・標準負担額減額</p> <p>令和 年 月 日</p> <p align="center">世帯主 住 所 出水市</p> <p align="center">氏 名</p> <p align="center">個人番号</p> <p align="center">電話番号</p> <p>(あて先) 出水市長</p>						
市区町村長が証明する欄	<p>上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 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p align="right">市区町村長名 印</p>					