

國民健康保險 限度額適用（食事（生活）療養標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額）認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

(世帯主) 住 所

氏名

マイナンバー（個人番号）

(電話

)

次のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者記号番号		マイナンバー (個人番号)										
減額対象者 (適用・減額対象者)		氏名										
		生年月日		S・H・R 年 月 日			長期入院		該当・非該当			
		世帯主との続柄					長期該当日		R 年 月 日			
申請理由		<input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為 <input type="checkbox"/> その他										
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 年 月 日まで								日間	
	入院をした保険医療機関等		名称									
②			申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 年 月 日まで							
		入院をした保険医療機関等		名称								
③				申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 年 月 日まで						
		入院をした保険医療機関等		名称								
市区町村長が 証明する欄				次に掲げる当該認定を受けようとする者の属する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。								
		氏名		氏名		氏名						
令和 年 月 日		市区町村長名								印		
市 処 理 欄	確認内容	イ 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ()										
	適用区分	若人 (<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 減)										
		前期高齢者 (<input type="checkbox"/> 現役並み I <input type="checkbox"/> 現役並み II <input type="checkbox"/> 低所得 I <input type="checkbox"/> 低所得 II)										

マイナ保険証の利用により、事前の手続きなく窓口負担を限度額までに抑えることが可能です。

限度額商用認定証等の発行も不要となりますので是非ご利用ください。

※市民税非課税世帯のかたの長期該当認定については別途手続きが必要です。

受付	入力	審査
----	----	----

番号確認	本人確認
マイナンバーカード 通知カード 住民票 公簿	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 他 ()
	年手 資格確認書等 医療受給証 他 ()
	学生証 他 ()

受付印

届出人氏名