

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

記入例

| | | | | | |
|----------------|------|---------------------------------|--|----|--|
| 被保険者の記号番号 | | 松 1 2 3 4 5 6 7 - 8 | | | |
| 限度額適用 認定対象者 | 氏名 | 松戸 花子 (認定証が必要な方の氏名) | | 性別 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> |
| | 生年月日 | 〇〇 年 〇 月 〇 日 | | | |
| | 個人番号 | よろしければマイナンバーをご記入ください(空欄でも結構です)。 | | | |

| | | |
|--------------------------|--|-------------|
| 長期入院 (住民税非課税 世帯のみ) | 過去一年間の入院日数が90日を超え、長期該当の認定を受ける場合、下欄を記入し、入院日数を証明するものを添付して「該当」に○をつけてください。 | |
| | 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/> | |
| | 申請日の前一年間の入院期間(日数) | 入院をした保険医療機関 |

住民税非課税世帯(世帯主及び国民健康保険加入者全員が住民税非課税の世帯)で、認定対象者が申請日から過去1年の間に合計90日を超えるような入院をしている場合は、「該当」を丸で囲み、入院期間と入院先をご記入ください。90日を超える入院をしていない場合や、住民税課税世帯の方は、「非該当」に丸をつけてください。

| | |
|------------------------------|---|
| 工作中(通勤中)のけがや交通事故(第三者行為)等ですか。 | はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> |
|------------------------------|---|

上記のとおり申請します。
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
世帯主 住所 松戸市根本387番地の5
氏名 松戸 太郎
個人番号 _____
電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
(宛先) 松戸市長

けんかや交通事故、工作中的けが等の場合には「はい」を丸で囲み、担当者に申し出てください。それ以外の場合は「いいえ」に丸をつけてください。

ここに記載された個人情報、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

※認定証は原則国民健康保険上の世帯主に送付します。ただし特別な事情がある場合、医療機関・療養施設等に直接郵送することができます。ご希望の場合は、必ず医療機関・療養施設等の担当者の了解を得た上で下記認定証送付欄に記入してください。

| | |
|--------|-----------------------|
| 認定証送付先 | 〒 _____ 送付先名 _____ |
|--------|-----------------------|

入院中の病院への送付を希望される場合は、病院の担当者に確認のうえ、病院の住所・名称・担当者名の記入をお願いします。なお、住民登録上の住所および医療機関・療養施設以外への送付はできません。

※納付相談後に認定証を交付した場合で、納付計画通りに納付がなかったときは、認定証の返還を求めることがあります。

マイナ保険証(※)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、マイナ保険証をぜひご利用ください。ただし、保険料の未納等により支払いが免除されないことがあります。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄

| 適用区分 | 発行方法 | 相談 | 受付 | 備考 |
|---------------------------------|-------|----|----|----|
| アイウエオ 低所得者 I II 現役並み I II | 窓口 郵送 | | | |