

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

記号番号												
世帯主		昭・平 年 月 日 男・女										
減額対象者氏名		世帯主との続柄	性別	生年月日		個人番号(マイナンバー)						区分
長期入院		該当・非該当		入院日数(合計) 日								
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日～ 年 月 日 日間								
	入院した保険医療機関		名称									
			所在地									
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日～ 年 月 日 日間								
	入院した保険医療機関		名称									
			所在地									
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日～ 年 月 日 日間								
	入院した保険医療機関		名称									
			所在地									

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証について、上記のとおり申請します。
また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり、世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

年 月 日

世帯主	住所	臼杵市
	氏名	
	電話番号	
代理人	住所	
	氏名	
	電話番号	

(あて先) 臼杵市長

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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

区分	一・退(本・扶) ア・イ・ウ・エ・オ	高 Ⅰ・Ⅱ・一般・一定	国 保 税	未納 有・無	納税相談 有(窓口)・無
----	-----------------------	----------------	-------------	-----------	-----------------