

太枠の中をご記入ください

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

証交付・証未交付（辞退理由

）

年 月 日

|                                                       |         |               |                    |                  |               |                 |           |
|-------------------------------------------------------|---------|---------------|--------------------|------------------|---------------|-----------------|-----------|
| 記号番号                                                  |         | 倉・            |                    | 電話番号             | — —           |                 |           |
| 世 帯 主                                                 | 住 所     | 佐倉市           |                    | 個人番号<br>(マイナンバー) |               |                 |           |
|                                                       | 氏 名     |               |                    | 生年月日             | T/S/H/R 年 月 日 |                 |           |
| 交付対象者                                                 | 氏 名     |               |                    | 生年月日             | S/H/R 年 月 日   |                 |           |
|                                                       | 世帯主との続柄 |               |                    | 個人番号<br>(マイナンバー) |               |                 |           |
| 申請<br>日前<br>後<br>1<br>年<br>間<br>の<br>入<br>院<br>履<br>歴 | ①       | 入 院 期 間       | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 名 称   |                    |                  |               | 長期入院            | 該 当 ・ 非該当 |
|                                                       |         | 医 療 機 関 所 在 地 |                    |                  |               | 交通事故等の<br>第三者行為 | 有 ・ 無     |
|                                                       | ②       | 入 院 期 間       | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 名 称   |                    |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 所 在 地 |                    |                  |               |                 |           |
|                                                       | ③       | 入 院 期 間       | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 名 称   |                    |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 所 在 地 |                    |                  |               |                 |           |
|                                                       | ④       | 入 院 期 間       | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 名 称   |                    |                  |               |                 |           |
|                                                       |         | 医 療 機 関 所 在 地 |                    |                  |               |                 |           |

※国民健康保険税の滞納のある方は発行されませんのでご注意ください

※入院期間等の欄については、該当がある場合のみ記入してください。

※個人番号（マイナンバー）が不明な場合は、未記入としてください。

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。

※国保税の滞納がある際には、医療機関で限度額情報が確認できない場合があります。

|        |                                                                                                |          |                                                         |     |  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|-----|--|
| 負担区分   | ア・イ・ウ・エ・オ<br>現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ                                                                       | 保険税滞納の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 担当者 |  |
| 個人番号確認 | <input type="checkbox"/> 窓口確認 <input type="checkbox"/> コピー確認(郵送) <input type="checkbox"/> 職権確認 |          |                                                         | 確認者 |  |