

第18号様式（第12条関係）

国民健康保険限度額適用認定申請書

（国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書）

被保険者記号番号		江別	
世帯主	氏名		世帯主の住所
	生年月日		
	個人番号		
減額対象者	氏名		被保険者との続柄
	生年月日		
	個人番号		

長期入院	(該当・非該当)	
	申請日の前1年間の入院日数	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
	申請日の前1年間の入院日数	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
	申請日の前1年間の入院日数	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
	申請日の前1年間の入院日数	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
	申請日の前1年間の入院日数	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

(宛先) 江別市長

年 月 日

申請者 住 所  
氏 名  
個人番号  
電話番号 ( )

認 定 等	認定等年月日	差額支給
イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ニ 却下 (理由 ) ホ その他 ( )		有・無

[ 第三者行為の有無 / 有・無 ]

※マイナ保険証を利用すると、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、ぜひご利用ください。