

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。

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 1234567		
世帯主	氏名	江別 太郎	世帯主の住所	江別市高砂町6番地
	生年月日	昭和〇年×月□日		
	個人番号	1234 5678 9012		
減額対象者	氏名	江別 花子	被保険者との続柄	妻 ← 世帯主から見た続柄を記入してください。
	生年月日	昭和□年〇月×日		
	個人番号	9876 5432 1098		
(該当・非該当)				
申請日の前1年間の入院日数		個人番号(マイナンバー)が分からない場合は、記載は不要です。		
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。				
窓口に来る方の住所、氏名、個人番号(マイナンバー)、電話番号を記入してください。		平成××年 □月 ○日		
個人番号(マイナンバー)が分からない場合は、記載は不要です。		申請者 住所	江別市高砂町6番地	
		氏名	江別 太郎	
		個人番号	1234 5678 9012	
		電話番号	( 381-1028 )	
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			有・無
ロ	保護申請却下通知書			
ハ	公簿			
ニ	却下 (理由 )			
ホ	その他 ( )			

[ 第三者行為の有無 / 有・無 ]