

ア・イ・ウ・エ・オ
現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ

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

申請年月日	令和 年 月 日	被保険者 記号・番号	614 -		
世帯主	住所	春日部市			
	氏名	電話番号	()		
		個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
		個人番号			
	世帯主との続柄	資格区分	一般・退職本人・退職扶養		
長期入院	非該当・該当 (該当年月日 年 月 日)				
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____ _____、_____ <div style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印</div>
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

- 収納確認
 区分の確認
 住所、氏名、生年月日の確認
 有効期限の確認
 注1、注3の説明
 課税証明・非課税証明の確認
 長期入院・食事差額の確認

受付サイン

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。