

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額

青森市長あて

年 月 日

下記のとおり国民健康保険 限度額適用 ・ 標準負担額認定証の交付を申請します。

被保険者 記号番号	青 国				適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現並Ⅰ・現並Ⅱ			
世帯主	個人番号								
	住所	青森市						電話番号	
	氏名					生年月日	年 月 日		
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	年 月 日		
	個人番号								
	世帯主との続柄								
長期入院	該当 ・ 非該当								
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				名称			
	入院をした保険医療機関等					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				名称			
	入院をした保険医療機関等					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				名称			
	入院をした保険医療機関等					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				名称			
	入院をした保険医療機関等					所在地			

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。