

様式第5号 (第5条関係)

国民健康保険

標準負担額減額
限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

伊万里市長 様

年 月 日

被保険者証記号番号		—		個人番号			
世帯主	住所	伊万里市 町		番地			
	氏名			電話	— —		
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		男・女
	世帯主との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()					
長期入院	該当・非該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・標準・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ				
第三者行為	有 ・ 無						

※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計		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					

課長	副課長	係長	係

認定	確認
	1. 公簿 2. 市民税非課税証明書 3. 保護申請却下通知書 4. その他

交付	点検	受付

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・国民健康保険証・その他()

番号確認方法：個人番号カード・住民票の写し等・住基または標準システム

< 来 庁 者 >

◆ 本人

世帯主 ・ 対象者

◆ 同一世帯

氏 名

◆ 別世帯

住 所

氏 名

電 話

世帯主との続柄

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医療費の支払いが免除されます。

マイナ保険証をぜひご利用ください。