

国民健康保険 **限度額適用**
標準負担額減額 **認定証交付申請書**
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		ながさき ・			
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	昭・平・令	年 月 日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
①～④は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日 から
		令和	年	月	日 まで
	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）	令和	年	月	日 から
		令和	年	月	日 まで
	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）	令和	年	月	日 から
		令和	年	月	日 まで
	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）	令和	年	月	日 から
		令和	年	月	日 まで
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主
(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

長崎市長 殿

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。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	判定年度	区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	受付
	令和		70歳以上	現役並み（Ⅰ・Ⅱ） 非課税（Ⅰ・Ⅱ）		
	7 年度	交付 状況	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送（ <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入院先）		備考	<input type="checkbox"/> 長期認定のみ