

記号番号	01 -		
額適用 対象者減	氏名	年 月 日 生	男・女
	住所		
世帯主氏名		世帯主 との続柄	
長期入院	該当	非該当	

申請日前一年間に90日を越す入院があった方は、こちらにも記入してください。		入院日数合計	日間
1	申請日の前1年間の入院日数	から まで	日間
	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	から まで	日間
	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	から まで	日間
	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	から まで	日間
	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	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		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。

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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を国保事務担当職員が閲覧することを承諾します。

年 月 日 住所
世帯主 氏名
個人番号

長野県伊那市長 白鳥 孝 様 (電話 -)

市町村 処理欄	認定 方法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿(課税台帳により確認) ニ. 却下(理由:)
	認定年月日	年 月 日 適用区分 アイウエオ 低I 低II 現I 現II