

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
~~限度額適用・標準負担額減額~~

被保険者記号・番号		0098765	
世 帯 主	氏 名	笠松 太郎	世 帯 主 の 住 所 笠松町司町1番地
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	個人番号	×××× ×××× ××××	
限度額適用 減額対象者	氏 名	笠松 花子	世 帯 主 と の 続 柄 妻
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	
	個人番号	△△△△ △△△△ △△△△	

長期入院		(該当・非該当)	
	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	
	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	
	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	
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
第三者行為による傷病		あり ・ なし	

注：交通事故など、他人の加害行為による
傷病の場合は、「あり」に○を付けてください

上記のとおり関係書類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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

笠松町長

世帯主

住 所 笠松町司町1番地

個人番号 ×××× ×××× ××××

氏 名 笠松 太郎

電 話 (058) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

注：世帯主の方の氏名等を記入してください

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
限度額適用認定証の事前申請は不
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。

市 町 村 処 理 欄	認定方	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（ ） ニ. 却下（理由： ）	受付番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号（第 号）