

【ご案内】

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。

第12号様式(第17条関係)

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

長久手市長 殿

令和 年 月 日

世帯主

届出人 ※別世帯の場合、委任状が必要です。

氏名

氏名

世帯主と同じ

個人番号
(マイナンバー)

世帯主と
の続柄

世帯主と同じ

住所

住所

世帯主と同じ

電話

電話

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

記

Table with 4 columns: 被保険者記号・番号, 氏名, 生年月日, 個人番号 (マイナンバー), 世帯主との続柄, 本人・妻・子・その他, 長期入院(90日以上), 該当・非該当, 交通事故等の第三者行為, 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 (日間)

Table with 4 main rows (①-④) for hospitalization periods. Each row includes: 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, 所在地

認定証の記載について確認しました。

Table with 9 columns: 区分 (70以上, 70未満), 未納 (有, 無), 長期入院 (該当, 非該当), 第三者行為 (該当, 非該当), 本人確認 (運転免許証, マイナンバーカード, その他), 交付 (窓口, 郵送), 受付, 確認, 処理欄. Includes checkboxes for printing and validity.

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定申請書

長久手市長 殿

記入日 年 月 日

世帯主

届出人 ※別世帯の場合、委任状が必要です。

氏名

氏名

個人番号
(マイナンバー)

世帯主との続柄

住所

住所

電話

電話

下記の

証が必要な方について記入してください。

の交付を申請します。

過去1年間に合計90日以上入院
あり⇒該当 なし⇒非該当

| | | | |
|----------------|--------------|-------------|---------------|
| 被保険者記号・番号 | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 世帯主との続柄 | 本人・妻・子・その他() |
| | 個人番号(マイナンバー) | | |
| 長期入院(90日以上) | 該当・非該当 | 交通事故等の第三者行為 | 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 (日間)

| | | |
|---|---|------------------------|
| 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 | 年 月 日 から 年 月 日まで (日間) |
| | 長期入院「該当」の場合、 過去1年間の入院歴をご記入ください。 (「非該当」の場合は記入不要) | 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 |

認定証の記載について確認しました。



| | | | | | | | | |
|-----|----------------------------|----|------|-------|------|-------|----|----|
| 処理欄 | 区分 | 未納 | 長期入院 | 第三者行為 | 本人確認 | 交付 | 受付 | 確認 |
| | 70以上 () 70未満 () | 無 | 非該当 | 非該当 | 非該当 | (発送) | | |

記入しないでください。

□印字ずれ □有効期限 □対象者・住所等 □発効期日・交付年月日(適用日以降) □公印 □再交付印