

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					
世帯主	住 所				
	氏 名	生年月日			
限度額適用 減額対象者	氏 名	個人番号			
	世帯主との続柄	本人	生年月日		
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。（証明書類添付）				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			
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			
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			
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			

上記のとおり申請し、世帯の所得調査に同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主名 _____

(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

福山市長
枝広 直幹 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。
(長期入院該当やマイナ保険証による自己負担限度額の確認が
できない場合は申請が必要です。)

処理欄	認定等	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 () 三 却下 (理由) ()	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II	

福山市長 枝広 直幹