

# 記入例

★マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく  
限度額を超える支払いが免除されます。

## 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

松川町長 様

令和 ●年 ●月 ●日

世帯主（申請者）  
住 所 **松川町元大島3823番地**  
氏 名 **松川 太郎**  
個人番号 12ケタの個人番号  
電 話 **36-3111**

窓口に来た方  
※ 世帯主の場合、記入は不要です。  
氏 名 **松川 花子**  
世帯主との続柄 **妻**

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。  
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者の記号番号	松川 <b>6ケタの被保険者番号</b>		
限度額適用減額対象者	氏 名	<b>松川 花子</b>	世帯主との続柄 <b>妻</b>
	生年月日	<b>昭</b> ・平・令 ●年 ●月 ●日	
	個人番号	<span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">12ケタの個人番号</span>	
長期入院（90日以上）	<b>該</b> 当・非該当		交通事故等の第三者行為 有・ <b>無</b>

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 （ **95** 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 ●年 ●月 ●日まで （ <b>65</b> 日間）		
	入院した保険医療機関等	名 称	<b>△△病院</b>	
②	マイナ保険証の登録があっても90日以上入院の場合は申請が必要です	名 称	令和 ●年 ●月 ●日から ●年 ●月 ●日まで （ <b>30</b> 日間）	
		所在地	<b>△△県下伊那郡△△町△△番地</b>	
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	<b>□□病院</b>	
		所在地	<b>□□県□□市□□番地</b>	

\*\*\*\*\* 以下、町使用欄 \*\*\*\*\*

この申請書の内容審査により、下記のとおり処理してよろしいか伺います。

伺年月日	令和 年 月 日	課長	係長	係
決裁年月日	令和			
認定等年月日	令和			
交付番号	第			

記 入 不 要

処理区分	<input type="checkbox"/>	認定	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> その他	滞納状況
	<input type="checkbox"/>	却下	理由	