

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。

| | | | | |
|------------|------|---|---------|--|
| 被保険者証記号番号 | | 嬉 | | |
| 世帯主 | 氏名 | | 世帯主の住所 | |
| | 生年月日 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 | | 世帯主との続柄 | |
| | 生年月日 | | | |
| | 個人番号 | | | |

| | | | | |
|------|-------------------|--------------|----|--|
| 長期入院 | | (該当 ・ 非該当) | | |
| 1 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |
| 2 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |
| 3 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険標準負担額減額認定証(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。

佐賀県嬉野市長 様 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

個 人 番 号

電 話 番 号

※申請の際には「申請者の身分証明証」の写しを付けてください。

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------|----------------|---------|----|-----|-----|----|
| 市町村処理欄 | 認定方法 | イ. 課税証明 | 交付年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | | ロ. 生活保護受給期間証明書 | 長期入院該当日 | | 年 | 月 | 日 |
| | ハ. 公簿() | 滞納 | 有・無 | 認定 | 可・否 | 受付印 | |
| | ニ. 却下(理由:) | 適用区分 | | 課長 | 副課長 | 担当 | 受付 |
| 現年度 | 課税ア 課税イ 課税ウ 課税エ 非課税オ | 低Ⅰ・低Ⅱ 現Ⅰ・現Ⅱ | 決裁 | | | | |