国民健康保険　限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

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	嬉野　太郎	世帯主の住所	嬉野市塩田町馬場下甲1番地 Uマンション101号
	生年月日	昭和30年4月1日		
	個人番号	＊＊＊＊　＊＊＊＊　＊＊＊＊		
限度額適用減額対象者	氏　　名	嬉野　花子	世帯主との続柄	妻
	生年月日	昭和31年3月30日		
	個人番号	＊＊＊＊　＊＊＊＊　＊＊＊＊		

世帯主情報や対象者について、必要事項をご記入ください

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	
	入院をした保険医療機関等　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	
	入院をした保険医療機関等　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	
	入院をした保険医療機関等　所在地	

過去１年間に長期入院（９０日以上）がある場合、「該当」にマルをつけてください

長期入院に該当する場合、医療機関情報などを記入してください

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

申請する日を記入してください

申請者の住所・氏名・連絡先などを記入し押印してください。

※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 ロ．生活保護受給期間証明書 ハ．公簿（　　） ニ．却下（理由：　　）	交付年月日	年　月　日					
		長期入院該当日	年　月　日					
		滞納	有・無	認定	可・否		受付印	
適用区分		決裁	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							

【申請される際の必要書類】漏れがないようご注意ください

（1）申請書

（2）対象者の国民健康保険者証またはマイナンバーカード

（3）申請者の身分証明書（運転免許証など顔写真付きのもの）

（4）申請者の認印

（5）委任状（被保険者や世帯主以外の方が窓口で受け取る場合）

●郵送にて申請される場合の郵送先

〒８４９－１４９２

嬉野市塩田町大字馬場下甲１７６９番地

嬉野市役所　健康づくり課　宛

●ご不明な点は下記までお問合せください

（健康づくり課・直通）０９５４－６６－９１２０