

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 年 月 日

岸和田市長 様

以下のとおり申請します。

記号番号	岸国
------	----

申請者 (世帯主)	氏名		個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日				
	住所	岸和田市				
	電話番号	( ) -				
対象者 (認定証が必要な方)	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	個人番号(マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日				
	病気・ケガの原因について	<input type="checkbox"/> 交通事故や暴行を受けたため <input type="checkbox"/> それ以外の原因による				
届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と同じ	世帯主からみた続柄			
	住所					
	電話番号	( ) -				

長期入院該当	申請日の前1年間の入院期間(日数)			入院した保険医療機関等	
	①	年 月 日から	日間	名称	
	年 月 日まで		所在地		
②	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		

送付先※	宛名		区分	病院・施設 その他( )	
	住所	〒 -	電話番号	( )	-

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

\*\*\*\*\* これより下は記入しないでください \*\*\*\*\*

処理欄	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	
	発効期日	年 月 日	長期該当	該当・非該当	
			該当年月日	年 月 日	
	適用区分	若人(70歳未満)		高齢受給者(70歳以上)	
		[ア] 旧ただし書所得901万円超 [イ] 旧ただし書所得600万円超901万円以下 [ウ] 旧ただし書所得210万円超600万円以下 [エ] 旧ただし書所得210万円以下 [オ] 市民税非課税世帯		[Ⅱ] 市民税非課税世帯 [Ⅰ] 市民税非課税世帯(全員の所得が0円) [Ⅱ] 現役並み(課税所得380万円超690万円以下) [Ⅰ] 現役並み(課税所得145万円超380万円以下)	
	受付	担当者	処理区分		
		交付	郵送(発送日: 年 月 日) 窓口 その他( )		
		備考			

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。  
 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。