

**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**

令和 年 月 日

空知中部広域連合長 様

住 所 _____

申請者
(世帯主) 氏 名 _____

次のとおり、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証の
交付を申請します。

記 号	新十津川	番 号		一般 退職者の別	一般・退職者 (本人・扶養者)
世 帯 主	住 所	樺戸郡新十津川町字 _____ 番地			
	氏 名		生年月日	明・大・昭平 年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
	個人番号		個人番号		
長期入院	世帯主との続柄		区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
	該当・非該当			70歳以上	現役Ⅰ・現役Ⅱ 低Ⅰ・低Ⅱ
※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 _____ 日間	
①	申請日の前1年間の入院日数	_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 (_____ 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年間の入院日数	_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 (_____ 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年間の入院日数	_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日 (_____ 日間)			
	入院をした保険医療機関等	名 称	_____		
		所 在 地	_____		

保険者処理欄	認定等	イ 町 民 税 非 課 税 証 明 書	受 理 番 号 (第 _____ 号)
		ロ 保 護 申 請 却 下 通 知 書	交 付 番 号 (第 _____ 号)
		ハ 公 簿 (_____)	認 定 等 年 月 日
		ニ 却 下 (_____)	令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	差額支給	有・無	



マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証がなくても、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るなどのメリットがあります。