

国民健康保険高齢受給者限度額適用・標準負担額減額認定申請書

伊予市長

被保険者証 記号番号								次のとおり認定証の交付を 申請します。	
世帯主	住所								
	氏名						電話番号		
	生年月日	西暦・大・昭・平・令		年		月		日	
	個人番号								
限度額適用 減額対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ							
	生年月日	西暦・大・昭・平・令		年		月		日	
	個人番号								
傷病の原因		1. 第三者傷害		2. その他					
長期入院	該当・非該当	※過去1年間の入院が91日以上の場合は領収書等が必要となります。							
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 年 月 日から		日間				
			令和 年 月 日まで						
	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）		令和 年 月 日から		日間				
			令和 年 月 日まで						
	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）		令和 年 月 日から		日間				
			令和 年 月 日まで						
	入院をした保険医療機関等		名称						
		所在地							

1. 低Ⅰ	4. 現Ⅰ	確認	決裁	課長	課長補佐	担当		受付	受付印
2. 低Ⅱ	5. 現Ⅱ								
3. 一般	6. 現Ⅲ								
認定 年月日	令和 年 月 日 長期（令和 年 月 日）	申請者 本人 確認	免許証・保険証・マイナンバーカード その他（ ）						

医療機関での受付時にマイナンバーカードを保険証として提示し、限度額情報の提供に同意いただいた場合は、支払いは限度額までとなります。限度額認定証の事前申請や提出が不要となりますので、ぜひご利用ください。
注) 所得区分が住民税非課税世帯「低Ⅱ」で過去1年間の入院日数が91日以上になった場合は、別途「長期入院該当」の申請が必要となります。