

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

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 令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

適用区分	確認	国保税	収納確認	決裁	課長	課長補佐	担当	受付	受付印
・ア ・エ ・イ ・オ ・ウ		・完納 ・未納							
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「オ」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。