

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
限度額適用・標準負担額減額

伊予市長

被保険者番号													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	☐ 世帯主と同じ													
	生年月日	西暦・大・昭・平・令 年 月 日													
	個人番号														
申請者 (世帯主以外)	氏名	☐ 限度額適用減額対象者 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人													
	電話番号	☐ 上記電話番号と同じ													
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。