

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											

1. 低Ⅰ 4. 現Ⅰ 2. 低Ⅱ 5. 現Ⅱ 3. 一般 6. 現Ⅲ	確認	決裁	課長	課長補佐	担当		受付	受付印
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。