

様式第14号の(4)の2(第12条の2関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号							
世帯主	住所				電話		
	氏名			生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄			個人番号			
長期入院	該当・非該当	入院する病院等の名称					
交通事故等の第三者行為		有・無					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 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)			年 月 日から 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)			年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
所得区分	1 現Ⅱ 市民税課税所得が380万円以上690万円未満である場合 2 現Ⅰ 市民税課税所得が145万円以上380万円未満である場合 3 低Ⅱ 市民税非課税である世帯の場合 4 低Ⅰ 市民税非課税かつ一定の所得以下である世帯の場合						
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。 年 月 日 (あて先) 幸手市長							
世帯主 住 所 氏 名 個人番号							

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。