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

				1		1 V V 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	17以/又10			十月二四明	1/5/V TH 5/5 H		- 11. 11.	7 🗏			
被保険者記号番号																	
世	帯	È.	住	所								電	話				
	Ή <u>Ξ</u>	E	氏	名					生	年月日			年	月	日	男	· 女
油发	百分 色	/	氏	名					4	年月日			年	月	日	男	· 女
減額対象			世帯	主	との続柄			佢		人番号							
長期入院 該当・非該当 入院									完等	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 年	月月		から まで		日間
	入院をした保険医療機				問 笙	名	称										
	八尻をした休息			ス <i>凸 7</i> 泉 7茂 1党) 守	所在:	地									
2	申請日の前1年間の入院期間(日数											年 年	月月	,	からまで		日間
	 入院をした保険医療機関等					関 笙	名	称									
	7 196 8		<i>></i> /C	NN 15	X B			所在:	地								
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)							T				年 年_	月 月	,	から まで		日間
	 入院をした保険医療機関等					関 笶	名	称									
	7 ()50 (<i>,</i> , , ,	VIV E			124 13	所在地										
4	申請日の前1年間の入院期間(日数											年 年	月 月		から まで		日間
	入院をした保険医療機関等						胆华	名	称								
						因寸	所在:	地									
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)											年 年	月月		からまで		日間
	入院をした保険医療機関等						名:	称			•						
							所在:	地									
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。													します。				
年 月 日 (あて先)幸手市長																	
世帯主 住 所 氏 名																	
											個人						

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。