

様式第14号の(4) (第12条の2関係)

国民健康保険限度額適用認定申請書

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					
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先)幸手市長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名 個人番号</p>							

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。