様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **限度額適用**  **日出町国民健康保険　 標準負担額減額　 認定申請書**  **限度額適用・標準負担額減額** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号番号 | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |  |
| 限度額適用  減額対象者 | | 氏 名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　 月 　　日 | | |
| 個　人　番　号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主との続柄 | | | |  | | | | | | 長期入院 | | | | 該　当　・　非該当 | | | | |
| 第三者行為（交通事故等）による負傷 | | | | はい　・　いいえ | | | | | | | | 第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 入院日数合計(　　　 　日間) | | | |
| １ | 申請日の前１年間の入院日数 | | | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　　　 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年間の入院日数 | | | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　　　 日間) | | | | | | | | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | 名　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要になり、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額が減額されます。  マイナ保険証をぜひご利用ください。  （長期に入院されている場合の届出は別途必要です。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり日出町国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。  令和 　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　住　　所　日出町  　　　　　　　世　帯　主　(居住地)  　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　代理申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（☎　　　　－　　　　　－　　　　　）  日出町長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　送付先