様式第１９号（第２０条関係）

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 世帯主 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 減額対象者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 世帯主との続柄 | 　 | 個人番号 |  |
| 長期入院 | 該当・非該当 |  |
| 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　Ⅱ(国民健康保険法施行令第２９条の３第３項第３号該当)２　Ⅰ(同第４号該当) |
| 　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（宛先）越生町長　　　　　　　世帯主　住　所　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号窓口に来られた方：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |

〇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。限度額適用認定証の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。