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。