

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
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		帯広		マイナ保険証の保有		有 ・ 無	
世帯主	住 所						
	氏 名			生年月日			
限度額適用 減額対象者	氏 名			個人番号			
	世帯主との続柄			生年月日			
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください				入院日数合計（ 日間）			
①	① 限度額適用・標準負担額減額認定証が必要な方 の 「氏名」、「生年月日」を記載してください。 ※ 複数名いらっしゃる場合はお1人様につき1枚申請書が必要になります。			から		日間	
				まで			
②	入院をした保険医療機関等			令和 年 月 日 から		日間	
				まで			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）			令和 年 月 日 から		日間	
				令和 年 月 日 まで			
④	入院をした保険医療機関等			名 称			
				所在地			
⑤	入院をした保険医療機関等			名 称			
				所在地			

上記のとおり関係書類を添えて 認定証の交付 ・ 長期入院該当日の登録 を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主名

(申請者)

電話番号

個人番号 _____

帯広市長
米沢 則寿 様

個人番号確認（職員記入欄）

☐ 通知・個人番号カード

☐ 住民票等

☐ 住基台帳等確認（同意 有・無）

③ 国保上の世帯主の方 の「住所」、「氏名」、「電話番号」を
記載してください。

における限度額を超える支払いが免除され

があればすぐにお手続きができますので、

ぜひご利用ください。