様式第21号(第21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  (組合員) | | 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　月　日 | | | | | 男・女 |
| 個人番号 | |  | | | |  | | | | | |
| 限度額適用減額対象者 | | 氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　月　日 | | | |  | |
| 世帯主との続柄 | | |  | 個人番号 | |  | | | | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | 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 | |  | | | | |
| 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 | |  | | | | |

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 市区町村長が証明する欄 | 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に　　　　　年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。  　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　、  市区町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| 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・標準負担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。 |