

様式第 14 号の(4)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号		番号	
対象者	氏名		生年月日 年 月 日
	世帯主との続柄		個人番号
第三者行為（交通事故等）	該当 ・ 非該当		
長期入院（非課税世帯のみ）	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	
<p>上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>杉戸町長 あて</p> <p>住所</p> <p>世帯主 氏名</p> <p>電話番号</p>			

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。  
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。