

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

被保険者記号・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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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を申請します。 年 月 日 杉戸町長 あて 住所 世帯主 氏名 電話番号					

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。