

国民健康保険	限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額	認定証交付申請書
--------	--	----------

被保険者記号・番号		記 号	倉 吉	番 号				
限度額適用 減額対象者	氏 名							
	個人番号				生年月日	年	月 日	
長期入院	該 当 ・ 非 該 当			91日目該当日	年 月 日			
所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ							
①	申請日の前1年間の入院日数		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					
(宛先)倉吉市長								
年 月 日								
上記のとおり申請します。なお、このことについて必要があるときは、私(世帯主)及びその世帯に属する被保険者の市民税の課税状況につき、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。								
世帯主住所 倉 吉 市								
世帯主氏名								
個 人 番 号								
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。