

国民健康保険
限度額適用・標準負担額減額
認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 横 須 賀 市 長

住 所 横須賀市 町 丁目 番 (地) 号

(方書)

世 帯 主 氏 名

(申請者)

個人番号

電 話

次のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者記号番号	0	3	—				—					—
----------	---	---	---	--	--	--	---	--	--	--	--	---

次の者の当該認定証の交付に要する所得基準判断のため、私及び私の世帯の世帯員の
市民税の課税内容及び所得金額について、市長が調査することに同意します。

対 象 者	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	世帯主 との続柄		個人番号		長期入院 (オ・Ⅱのみ)	該 当 非該当
①	申請日の前一年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		日間		
		年 月 日まで				
	入 院 し た 保 険 医 療 機 関 等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前一年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		日間		
		年 月 日まで				
	入 院 し た 保 険 医 療 機 関 等	名 称				
		所在地				
③	申請日の前一年間の入院期間 (日数)	年 月 日から		日間		
		年 月 日まで				
	入 院 し た 保 険 医 療 機 関 等	名 称				
		所在地				
				入院日数の合計	日間	

(問い合わせ先) 横須賀市民生局健康部健康保険課給付係

電話 (直通) 822-8232

【ここから下の欄には記入しないでください】

証交付処理 (窓口) (郵送)	・ 申請者本人確認 [☐ ○ ☐ ×] ・ 収納状況確認(未納) [☐ 無 ☐ 有]	行政センター受付印	
適用区分 ☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ ☐ 現Ⅱ ☐ 現Ⅰ ☐ 低Ⅱ ☐ 低Ⅰ			
長期入院該当処理 [長期入院 91 日目 年 月 日]			
備考欄			
	担 当 者	受 付 者	受付印

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。
限度額適用認定証の事前申請手続き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。