

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

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。

被保険者証の記号番号

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 年 月 日まで	日間	
	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 年 月 日まで	日間	
	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 年 月 日まで	日間	
	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) 横須賀市福祉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 [<input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ×] ・収納状況確認(未納) [<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有]	
適用区分 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ		
長期入院該当処理 [長期入院 91 日目 年 月 日]	担 当 者	受 付 者
備考欄		

行政センター受付印
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。