

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

被保険者記号・番号	鳥・		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号	世帯主との続柄	

認定区分	ア・イ・ウ・エ・オ・減 現Ⅱ・現Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅰ	長期入院 (オ・区分Ⅱ)	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	

鳥 栖 市 長 様
上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主	住所	〒 — (Tel: — —)
	氏名	
	個人番号	

※来庁者と世帯主が同一の場合は記入不要

来庁者	氏名	世帯主との続柄 ()
	T E L	— —

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。