

被保険者証記号番号		対馬			
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年	月 日
長期入院	該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	

標準負担額減額認定申請で長期入院該当者(合計90日以上)のみ記入下さい。			入院合計日数(日間)		
①	申請月を含む過去12ヶ月の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院した保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請月を含む過去12ヶ月の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院した保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請月を含む過去12ヶ月の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院した保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請月を含む過去12ヶ月の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院した保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり国民健康保険限度額適用(標準負担額減額)認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 住所 _____

世帯主 氏 名 _____

電話番号 _____

個人番号 _____

対馬市長 様

マイナ保険証(※)を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請の手続きなく、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。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。

申請のとおり認定証を交付してよろしいか伺います。					受付印	
起 案	令和 年 月 日	若人適用区分	高齢受給者適用区分			
			現役並み	低所得		
決 裁	令和 年 月 日	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II	I・II		
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係	