

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

被保険者証記号番号	21			
限度額適用	氏 名	(男 ・ 女)		
減額対象者	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄	
個人番号			第三者行為	有 ・ 無

適用区分が「オ」または「低Ⅱ」の認定を受けている方で、長期入院該当の申請をする方のみ、次の入院状況記入欄に記入してください。なお、申請月以前の1年間で91日以上入院している方が対象です。入院中に支払った領収書又は入院証明書を添付してください。

入院状況記入欄	1	申請日の前1年間の入院期間（日数）	入院をした保険医療機関等	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日間）	名 称	
	2	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日間）	所在地	
		名 称		
	3	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日間）	所在地	
		名 称		

上記のとおり認定証の交付を申請します。

申請にあたり、私の世帯の課税資料等を調査及び閲覧することに同意します。

☐申請人を代理人と定め、当該申請及び認定証の受領を委任します。（申請人に委任の場合は☒）

坂 町 長 様 年 月 日

住 所 安芸郡坂町

世 帯 主 氏 名 (印) 電 話 ()

個人番号

世帯主以外の人が申請される場合のみ記入してください。（同世帯の人は住所記入不要）

申 請 人 住 所 安芸郡坂町

(来庁者) 氏 名 (印) 電 話 ()

個人番号



マイナ保険証ご利用のご案内

マイナ保険証をご利用頂ければ、事前のお手続きなく、高額療養費制度における限度額を超えるお支払いが免除されます。限度額適用認定証等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下さい。

(役場記入欄)

本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 在留カード ☐ その他 ()
長期入院	該当 ・ 非該当

※住所以外に送付を希望される場合は、郵送先をご記入ください。

送付先 住所

氏名（宛所）

受付印

確認印