

国民健康保険 食事療養標準負担額減額認定証交付申請書

保険証番号	— —				
世帯主	住所	高知市			
	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	
減額適用対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	S・H・R 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
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計	() 日間	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
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		日間	
		年 月 日まで			
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		日間	
		年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

高知市長 様 令和 年 月 日

住所 高知市

申請者名 (世帯主) _____ 個人番号 _____

記入者 _____ 電話番号 _____

送付先(上記以外の住所地へ送付希望の場合はご記入ください)

{ _____ }

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手續なく、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。

処理欄	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)			
	ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)			
	ハ 公簿 (認定等	認定等年月日 . .			
ニ 却下(理由	証発行区分 減額証 . 資格確認書(任意記載)				
差額支給	有 ・ 無	90日該当年月	年 月 日	滞納	有 ・ 無
所得区分	才 ・ 低 I ・ 低 II	受付		. .	