

国民健康保険 限度額適用認定 証交付申請書

青

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	
限度額適用対象者	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、事前の手続なく、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)	号)
	ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)	号)
	ハ 公簿()	認定等年月日	・
ニ 却下(理由)	発効日	・	・
	有効期限	・	・
	差額支給 有・無	90日該当年月日	滞納 有・無
	所得区分 ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ	受付	・