

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書																				
被保険者記号・番号																				
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							生年月日		年 月 日										
	世帯主との続柄					個人番号														
長期入院		☐ 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																
④	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																
⑤	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																
所得区分																				
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 年 月 日 (宛先) 寄居町長 世帯主 住所 氏 名 個人番号 電話番号																				

※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。