

様式第24号（第15条第1項関係）

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																	
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	<input type="checkbox"/> 該 当                      • <input type="checkbox"/> 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																	
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p>寄居町長</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号</p>																	

※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。