

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				
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				
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				
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				
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。