

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

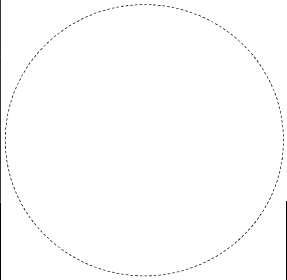
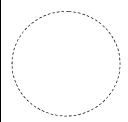
6

令和 年 月 日 浜松市長あて 下記のとおり申請いたします。

		被保険者 記号番号 (世帯主)									
申請者 (世帯主)	個人番号 (マイナンバー)										
	住 所	〒 ー 浜松市 区									
		マンション・アパート名等						電話番号 ー ー			
	氏 名					生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日				
認定証 対象者	☐	対象者が申請者と同一の場合は、レ点を入れてください。以下対象者欄の記入は不要です。									
	氏 名					生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日				
	世帯主 との続柄		個人番号 (マイナンバー)								
※特別な理由により住民登録地以外へ証の郵送を希望する場合には、下記の欄をご記入ください。											
今 回 送付先	住 所	〒 ー									
	宛 名										

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。※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

●浜松市利用欄

申 請	新規・再交付	長期入院 (低Ⅱ・オのみ) 【該当の場合は右欄に記入】		入院日数 (日間) (保険者問わず過去 12 か月非課税で入院 91 日以上)			
交 付 方 法	手渡し・郵送 郵送日 年 月 日	納 付	全 ・ 未	受 付		入 力	
適 用 区 分	70 歳以上	低Ⅱ・低Ⅰ / 現役並Ⅰ・現役並Ⅱ		 			
	70 歳未満	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ					
<特記事項> 窓口に来た人()/本人確認書類(国保証・免許証・パスポート・個人番号カード・その他())							