

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

7

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	大・昭・平・令			
				月 日	年 月 日				
認定証 対象者	<input type="checkbox"/>		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	昭・平・令			
					月 日	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(資格確認書・免許証・パスポート・個人番号カード・その他())									