国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

8

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 (ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)				
	住　所	〒　　ー 浜松市　　区			
		ﾏﾝｼｮﾝ・ｱﾊﾟｰﾄ名等		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 (ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)		

※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(　　)