

限 度 領 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	
長 期 入 院		該 当 ・ 非該 当	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計(日間)	
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		
	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		
	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		
	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		
	入院をした保険医療機関等		名 称		

上記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

(宛先)名古屋市 区長

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。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 交付番号(第 認定等年月日 令和 年 月 日)
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿() 二 却下(理由)	
	差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)	
所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低 I ・ 低 II ・ 現 I ・ 現 II		