

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届出書

## 国民健康保険限度額適用認定証交付申請書

※ マイナ保険証で受診できる医療機関等では、認定証がなくても限度額を超える支払いが免除されます。

被保険者記号・番号				受付 令和 年 月 日	
交付対象者	氏名				
	生年月日	S・H・R	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)				
減額認定世帯の方の記入してください。90日を超える	申請日の前1年間の入院状況				
	入院期間		保険医療機関等		
	①	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの	名称		
	②	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの	名称		
	③	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの	名称		
	④	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの	名称		
計	日間				第三者行為 有・無
令和 年 月 日		上記のとおり区長宛て、関係書類を添えて申請します。 なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。			
広島市 区長					
世帯主	住所	広島市	区	町	丁目 番 号
	氏名				
	個人番号 (マイナンバー)				
電話 (□自宅 □携帯)		-			

※ 長期入院に該当する(入院日数が90日を超える)方は、領収書など入院期間の確認できるものを添付してください。

広島市 記入欄	限度額適用欄	70歳以上		70歳未満			
		<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> ア(901万超)	<input type="checkbox"/> エ(210万以下)		
	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> イ(600万超～901万以下)	<input type="checkbox"/> オ(低所得)			
		<input type="checkbox"/> 保護廃止・却下通知	<input type="checkbox"/> ウ(210万超～600万以下)	<input type="checkbox"/> 保護廃止・却下通知			
		<input type="checkbox"/> 却下		<input type="checkbox"/> 却下			
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 (新規・継続) <input type="checkbox"/> 非該当					
	滞納状況	<input type="checkbox"/> 一般証(特別事情 要・不要) <input type="checkbox"/> 特別療養					
	交付年月日	発効期日	有効期限	長期入院該当日	担当者(照合)	主任	課長
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	特別事情承認期間	年 月 日 ~		年 月 日			

※ 太枠内は記入しないでください。

		<input type="checkbox"/> 窓口交付	<input type="checkbox"/> 郵送 ( / )	受付	作成	照合
確認物	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証				
	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ				
	<input type="checkbox"/> マイナポータル画面	<input type="checkbox"/> その他 ( . 保険証 )				