

国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書

※注意
保険料に未納のある方
には、発行できません。

限度額適用

被保険者証の右上に

のっている6桁の番号

を記入してください。

太枠の中をご記入

ください。

を記入してください。つきなく、高額療養費制度における自己負担限度額までの支払いを抑えることができます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、ぜひご利用ください。
 ※過去12か月の入院日数が通算で90日を超え、食事療養費が減額対象となる方は、申請が必要です。
 ※保険料を滞納されている場合等、高額療養費を超えた分の支払いが免除されないことがあります。

記号番号	鎌	適用区分	一般（ア・イ・ウ・エ・オ） 高齢（現Ⅱ・現Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅰ）	
世帯主	住所	鎌ヶ谷市 TEL		
	氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日	S・H・R	
	個人番号		続柄	
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無	
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 日間		
	入院をした保険医療機関等	所		
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 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		
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 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地		
備考				

交通事故等第三者の
行為による負傷の有無
を記入してください。

過去12か月以内に90日を越える入院があった場合は、該当に○をして、その内容を①～④に記入してください。なお、領収書の写しなどその日数がわかるものを添付してください。

年 月 日

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市民税が課されないことを証明する。 _____ _____ _____ 市区町村名 印
-------------	--

新規 継続	料	受付	確認
			郵送 確認済み