

加賀市国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

対象者	被保険者 記号・番号	かが ー	氏名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日	世帯主 との続柄	本人・妻・子・その他()

長期入院（過去12カ月の入院日数が91日以上は長期）		該当・非該当	
長期入院該当者のみ記入してください		入院日数の合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	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	
②	申請日の前1年間の入院日数	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	

加賀市長 宛

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 加賀市

申請者（世帯主）氏名

電話番号

個人番号

窓口へ来られた方 氏名

世帯主との続柄()

(代理人の場合は委任状が必要)

送付先 〒

※入院等で病院に送付を希望される方は病院の住所を記入下さい

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。

※以下は記入しないでください

第 号	ア・イ・ウ・エ・オ	I・II・現I・現II	発効年月日： 年 月 日から 長期該当日： 年 月 日から	滞 納	無・有
-----	-----------	-------------	----------------------------------	--------	-----