

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続き無く、
 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。

様式第14号の(4) (第12条の2関係)

限度額適用
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書
 食事療養標準負担額減額

被保険者証記号番号	36-999999		申請日	令和XX年XX月XX日	
世帯主	住所	ふじみ野市 福岡1-1-1			
	氏名	ふじみ野 太郎	生年月日	XX年 XX月 XX日	
適用対象者	氏名	ふじみ野 太郎	生年月日	XX年 XX月 XX日	
	世帯主との続柄	本人	電話番号	XXX-XXX-XXXX	
世帯主個人番号	※記入不要です		対象者個人番号	※記入不要です	

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		日まで	
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		日まで	
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		日まで	
		所在地			

世帯主以外の方が来庁した場合は次も記入してください。

住所
 氏名
 電話番号 減額対象者との続柄

市長が証明する欄	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。 記 _____、_____、_____ _____、_____、_____ ふじみ野市長	印
----------	--	---

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が市長であって、当該事実を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、省略できる。

<確認担当記入欄>

受付者名	確認者名	適用区分		ア・イ・ウ・エ・I		適用区分	オ・II	
		資格	申告	現役I・現役II		長期入院	該当・非該当	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		長期入力		
						郵送年月日	令和	年 月 日

課長	副課長	係長	係