

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続なく、
 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。

被保険者番号		個人番号								
対象者	フリガナ	生年月日	昭・平	令	年	月	日			
	氏名	世帯主との続柄								
長期入院	該当・非該当 [申請日の前1年間の入院日数が90日以上の場合には長期該当]									

※この欄は長期入院該当の方のみ記入願います。 入院日数合計 (日間)

①	申請の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

受診状況 確認欄	本申請の原因となった傷病は、交通事故等の第三者行為によるものですか。	はい・いいえ
-------------	------------------------------------	--------

令和 年 月 日

上記のとおり、国民健康保険限度額適用認定証等の交付を申請します。
 また、個人番号を使用して課税台帳等による所得状況の確認を受けることに同意します。

稲美町長 様



【世帯主】

住 所	稲美町
氏 名	
個人番号	
電話番号	() -

※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状または対象者の保険証の原本が必要です。

【届出人】

住 所		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
氏 名		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
電話番号	() -	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ
世帯主との続柄		

※稲美町処理欄 (通常証 短期証)

資 格	69歳以下	70歳以上	長期入院	発行期日	有効期限	交付
一般	ア イ ウ エ オ	低 I 低 II	現 I 現 II	該 当 非該当	R . . R . .	窓口 ・ 郵送

- 【本人確認】 免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ()
- 【委任確認】 対象者被保険者証 委任状
- 【番号確認】 本人自筆 (番号目視確認) 職員補記 () その他 ()