

国民健康保険食事療養標準負担額

減額等認定申請書

被 保 険 者	記 号	番 号	連絡先	電話()	—	
減 額 対 象 者	氏 名	世帯主との続柄				
	個人番号					
	生年月日	年	月	日	区 分 一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		長期該当年月日	年 月 日から		
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		名 称			
			所在地			
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			
<p>上記のとおり(食事療養標準負担額の減額・生活療養標準負担額の減額・高額療養費の支払に関する限度額の適用)の認定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p> 世帯主の 住 所 氏 名 及び 個人番号 鹿児島市 丁目 番 号 氏 名 鹿児島市長 殿 </p>						
<p>※該当の際は□にチェックをしてください</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故や傷害、犬咬み等)が原因の傷病に該当する</p>						
受付		入力		認定証発行		
				長期該当確認		
				レセ日数	前年度課税 領収書日数	
				日	日	
適 用 区 分	ア	イ	ウ	エ	オ	食事 認定証を受領しました。 (署名又は記名押印)
	現役 I	現役 II	低 I	低 II		

※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。