

限度額適用

国民健康保険

認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号	記 号	0 7 -	番 号	(枝番)
適用・減額対象者氏名				
生年月日	昭和 年 月 日		世帯主との続柄	
申請月以前 12月以内 の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
入院した 医療機関等	名 称			
	所在地			

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

墨 田 区 長 あて

世帯主 住 所 墨田区 丁目 番 号
(フリガナ)
氏 名

電話番号 ()

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。 健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード

保険者処理欄

窓口に来た方

〔世帯主・減額対象者・代理人：氏 名 〕

電話番号 ()

区分〔 ・ ・ 長期 (令和 年 月 日から)・現 ・ 現 〕

交付日：令和 年 月 日 国保年金課こくほ給付係：

交付方法：窓口・郵送 (令和 年 月 日 発送)

出張所 担当