

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

被保険者記号・番号		池国		一般・退本人・退扶養	
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女	世帯主との続柄
長期入院		該当・非該当		第三者の行為による受傷	
				はい・いいえ	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日 から 日間 年 月 日 まで		
	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 日間 年 月 日 まで		
	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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		

(宛先)池田市長

令和 年 月 日

住所

氏名 印

電話番号

届出人 ☐ 上に同じ

氏名 印

続柄 ()

発送日	受領印
/	

適用区分		発効期日		備考	
ア イ ウ エ オ I II 現I 現II		令和 年 月 日			
決裁	課長	担当		台帳	受付

※マイナ保険証を利用できる医療機関では、マイナ保険証を利用することで「限度額適用認定証」がなくても、限度額を超える支払いの免除が可能です。