

限度額適用

鹿島市国民健康保険

標準負担額減額

申請書

限度額適用・標準負担額減額

鹿島市長 様 令和 年 月 日

被保険者番号	鹿国保1-	一般・退職・退扶	
対象者氏名		世帯主との続柄	
個人番号			
生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ		
入院・通院の原因	第三者行為（交通事故等）	有・無	長期入院 該当・非該当

※ここからは長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日前一年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日前一年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり申請します。

世帯主住所 鹿島市 番地

世帯主氏名

世帯主個人番号

申請者住所 鹿島市 番地

申請者氏名 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。

認定等	1. 公簿（ ） 2. 市町村民税非課税証明書 3. 却下	差額支給	有・無 差額台帳 第 号
受理番号	— 号（長期 — 号）	確認	担当
交付番号	— 号（長期 — 号）		受付
発効期日	令和 年 月 日		