

【令和7年度】国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

申請年月日		令和 年 月 日				
申請者	住所	半田市			電話番号	
	氏名				世帯主との続柄	
限度額適用減額対象者	被保険者証記号番号				資格区分	一般
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 半田市			<input type="checkbox"/> 交通事故による傷病 ※該当する場合のみ <input type="checkbox"/>	
	世帯主氏名				個人番号	
	対象者氏名				<input type="checkbox"/> 住民基本台帳等で世帯主等の個人番号を確認することに同意します。	
	生年月日	年 月 日				

適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	食事のみ	交付
					長期入院	該当・非該当	

- 発効期日 令和 年 月 日 ●有効期限 令和 8年 7月 31日
- 長期入院該当 令和 年 月 日 ●91日目 令和 年 月 日
- 差額支給 無・有（.8.9.0.N.D.1.2.3.4.5.6.7.）・後日 / 済

※ 以下は、長期入院該当（90日以上入院）の場合のみ記入してください。また、直近2か月間のうちに90日目の入院日を迎えている等、入院期間が確認できない場合は、期間を証明するものを添付してください。

①	申請日の前一年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで（ ）日間	
	保険医療機関等の名称	名 称	
		所 在 地	

当該認定を受けようとする世帯の適用区分を下記のとおり証明する。

7年度	ア	基礎控除後の総所得金額901万円超の世帯・未申告者のいる世帯
	イ	基礎控除後の総所得金額600万円超901万円以下の世帯
	ウ	基礎控除後の総所得金額210万円超600万円以下の世帯
	エ	基礎控除後の総所得金額210万円以下の世帯
	オ	住民税非課税世帯

確認日	令和 年 月 日	担当者		納税確認	
-----	----------	-----	--	------	--

○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。
 ※適用区分Ⅱで、発行期日の前12か月間に90日を超えて長期入院をしており、食事負担額の減額を受ける場合には、引き続き窓口での申請が必要です。