

処理	受付担当	納税確認	受付年月日

マイナ保険証を利用すれば、
限度額適用認定証の事前申請不要で、
限度額を超える支払が免除されます。
マイナ保険証をぜひご利用ください



- ・ 限度額適用
- 国民健康保険
- ・ 標準負担額減額
- 認定申請書
- ・ 限度額適用・標準負担額減額

※ 太枠の中の記入をお願いします。

被保険者証記号番号		垣国		世帯主個人番号			
世帯主	住所	石垣市			電話番号		
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	個人番号			世帯主との続柄			
第三者行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ					
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和 年 月 日から		日間	
				令和 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)			令和 年 月 日から		日間	
				令和 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)			令和 年 月 日から		日間	
				令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等			名称			
				所在地			

令和 年 月 日

申請人
(代理人の場合)

決裁	課長	課長補佐	係長	係員

住所

氏名

電話番号

※減額対象者との関係 ()