

様式第14号(第23条関係)

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

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。

		受 理 番 号		受 付 年 月 日	
被保険者記号・番号				資 格 区 分	一般 ・ 退本 ・ 退扶
限度額適用 減額対象者	氏 名			個 人 番 号	
	世帯主との続柄			生 年 月 日	年 月 日
	適 用 区 分			第 三 者 行 為	有 ・ 無
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当				
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		
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		
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		

上記のとおり申請します。

なお、当該減額認定のため、私及び私の世帯員に係る収入、課税状況等に関し、市税務課等に照会することについて同意します。

年 月 日

住 所
世帯主氏名
個 人 番 号
電 話 番 号

酒田市長 宛

認 定 証 発 効 年 月 日	長 期 入 院 該 当	有 効 期 限
年 月 日	年 月 日	年 月 日
不 承 認 の 場 合 の 理 由 等		