

国民健康保険

限度額適用認定証交付

限度額適用・標準負担額減額認定証交付 申請書

※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。

仙台市		区長宛		申請年月日		年		月		日		
標記認定証の交付について申請します。												
申請者・届出人	被保険者	記号		番号		(世帯の国民健康保険の記号・番号をご記入ください)						
	世帯主氏名	(フリガナ)				個人番号						
	世帯主住所	仙台市		区								
	届出人氏名					電話番号	(				)	
	世帯主との続柄					届出人が世帯主と同一の世帯に属する方以外の場合には、別途委任状が必要です。						

交付対象者等	療養を受ける方	(フリガナ)				生年月日	年		月		日					
	個人番号															
	傷病の原因	☐	1. 第三者行為（交通事故等） 2. 業務上の災害 3. その他（疾病等）				療養予定期間	年		月		～		年		月

----- <以下は記入不要です> -----

長期入院	申請月以前一年間の入院日数の合計		日							
	医療機関名			申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年		月		日から	
	所在地				年		月		日まで	
	医療機関名			申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年		月		日から	
所在地			年		月		日まで			
医療機関名			申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年		月		日から		
所在地				年		月		日まで		

交付年月日	
発効期日	
有効期限	
適用区分	

〔収受印〕

			入力	受付