

## 第12号様式(第8条・第8条の3関係)

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

DL

練馬区長 殿

以下のとおり申請します。

申請日 年月日

記号番号	20		電話番号	( )
住所				
世帯主	氏名		世帯主個人番号	
限度額適用 ・ 減額対象者	氏名		対象者個人番号	
生年 月 日	年 月 日			

窓口に 来た方	対象者本人 世帯主または同一世帯員[氏名:]			
	上記以外 [氏名:] [対象者とのご関係:] [電話番号: ( ) ]			

入院した 保険医療機関等	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日( 日間)
	名称	
	所在地	電話 番号 ( )
入院した 保険医療機関等	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日( 日間)
	名称	
	所在地	電話 番号 ( )

\*上記住所以外への郵送の場合は、以下の太枠内もご記入ください。

送付先の住所	〒		
氏名		対象者とのご関係	
電話番号	( )		

マイナ保険証( )を利用すれば、事前の手続なく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。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。( 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。)

発行理由	念のため 入院等の予定有	入院期間	月 日 ~ 年 月 日
若年・前高	若年 前高	保険料滞納	有( 届出書、勧奨) 無
適用区分	ア イ ウ エ オ	非課税	非課税 現役並み 現役並み
長期入院	該当[ 年 月 日から ]	非該当	オ・非課税 のみ記入
来庁者本人確認書類	マイナバーカード 免許証 資格確認書等	その他( )	
委任権確認書類	資格確認書等 免許証 パスポート	委任状	その他( )
受付者	【備考】		

月跨ぎ説明済み 長期食事代説明済み オ・非課税のみ