



国民健康保険 { 限 度 額 適 用 } 認定申請書
 { 標 準 負 担 額 減 額 }
 { 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 }

練馬区長 殿

以下のとおり申請します。

記 号 番 号	2 0 — —	申 請 日	年 月 日
		電 話 番 号	()
住 所			
世 帯 主	氏 名	世 帯 主 個 人 番 号	
限 度 額 適 用	氏 名	対 象 者 個 人 番 号	
・			
減 額 対 象 者	生 年 月 日	年 月 日	

窓 口 に 来 た 方	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 世帯主または同一世帯員[氏名 :]
	<input type="checkbox"/> 上記以外 [氏名 :] [対象者とのご関係 :]
	[電話番号 : ()]

①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した 保険医療機関等	名 称		
		所在地	電 話 番 号	()
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	入院した 保険医療機関等	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、事前の手續なく、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	<input type="checkbox"/> 念のため <input type="checkbox"/> 入院等の予定有	入院期間	月 日 ~ 月 日
若年・前高	<input type="checkbox"/> 若年 <input type="checkbox"/> 前高	保険料滞納	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 届出書、 <input type="checkbox"/> 勸奨) <input type="checkbox"/> 無
適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当[年 月 日から] <input type="checkbox"/> 非該当 ※オ・非課税Ⅱのみ記入		
来庁者本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード* <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> 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Ⅱのみ