

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原則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。

※ただし、非課税世帯の区分「オ」、「非課税Ⅱ」の方で、長期入院に該当する場合(直近12か月間の入院日数が90日を超える場合)は申請が必要です。

限度額適用  
 食事療養標準負担額減額  
 限度額適用・食事療養標準負担額減額

**国民健康保険 認定申請書**

※太枠内をご記入ください。

申請区分	◇新規申請 (長期非該当・長期該当)			◇長期該当へ変更申請			◇再交付			
記号番号	—			申請年月日	年 月 日					
世帯主	住所	〒 — — Tel ( — — )							現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 Ⅱ Ⅰ	アイ ウ エ オ
	氏名									
	個人番号									
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )								
対象者	氏名								現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 Ⅱ Ⅰ	アイ ウ エ オ
	個人番号									
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )								
	続柄			第三者行為の有無		有 無				
他の被保険者名 ・生年月日 ・個人番号	年月日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ		年月日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ		適用区分			
							課税	非課税		
	年月日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ		年月日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ		現Ⅱ 現Ⅰ ア・イ ウ・エ	Ⅱ・Ⅰ オ		

長期該当の場合記入	1	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から 年 月 日まで			日間
		入院をした保険医療機関名				
	2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から 年 月 日まで			日間
		入院をした保険医療機関名				
		長期入院該当日	年 月 日		長期実該当日	年 月 日

届出人	住所			TEL		可・不可
	氏名			続柄		

申請書送付先: 〒836-8666 大牟田市有明町2丁目3番地  
 大牟田市役所 保険年金課 国保給付担当 行