

様式第20号（第18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 再交付 ☐

減額対象者	記 号		番号(枝番)	(枝番)										
	氏 名													
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世 帯 主 との続柄								
	個人番号													
長 期 入 院		該 当 ・ 非該当												
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで			日間					
	入 院 を し た 保 険 医 療 機 関 等		名 称											
			所在地											
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで			日間					
	入 院 を し た 保 険 医 療 機 関 等		名 称											
			所在地											
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 令和	年 年	月 月	日から 日から			日間					
	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。 令和 年 月 日 (宛先) 入間市長 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____														

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前手続きなく、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。

[以下処理欄]

所 得 区 分	ア・イ・ウ・エ・オ・オ長期※ ※非課税期間(年 月以降)	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅱ長期※・低Ⅰ ※非課税期間(年 月以降)			翌月の区分 ☐ 変更なし ☐ 変更有 []
被 保 険 者 区 分	一 般 ・ 未 就 学	7 0 (2 割 ・ 3 割)			
高額賦課基準額合計額	円	市民税CHK		税	
申 請	窓口・郵送(/ 受)	交 付	窓口・郵送(/ 送付)		

本人確認（免許証・マイナンバーカード・パスポート・住基カード・（ ））
申 請 者（世帯主・世帯員（ ）・代理人※委任状・申立書）
担 当（ ）