

国民健康保険限度額適用等認定証交付申請書

被保険者 記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
減限度額 対象適 者用	氏名				
	個人番号		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 年 月 日 <input type="checkbox"/> 非該当	
交通事故等の第三者行為		有・無			
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
上記のとおり関係書類を添えて申請します。					
年 月 日					
世帯主 住所					
氏名					
電話番号					
大府市長 殿					

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。