

様式第4号

限 度 額 適 用 認 定 証
国民健康保険 食事療養標準負担額減額認定証 交付申請書
限度額適用・標準負担額減額認定証

(宛先) 山形市長 次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日	※太枠内のみご記入ください。	
被保険者証の記号・番号	山	—	(枝番)
世帯主	住 所		
	氏 名	電 話 ()	
交付対象者	氏 名	世帯主との続柄	
	生年月日	個人番号 (12桁)	
交通事故等の第三者行為の有無		有 ・ 無	

【長期入院】申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合(減額認定を受けてからの入院日数)

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	

※山形市記入欄

区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	長期入院	該当 ・ 非該当
	低Ⅱ ・ 低Ⅰ ・ 現Ⅱ ・ 現Ⅰ	備 考	

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。

ただし、区分オ・低所得Ⅱの長期入院に該当する場合、申請は必要です。

※国民健康保険税に滞納がある世帯は、マイナ保険証による限度額適用を受けられない場合があります。