

☐ 国民健康保険

☐ 限度額適用

☐ 標準負担額減額

☐ 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。
また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

被 保 険 者 記号・番号	ぶんご国				
申 請 者 (世帯主)	住 所	豊後大野市		電話	— —
	氏 名			個人 番号	
代 理 人 ☐ 対象者と同じ	住 所	豊後大野市		世帯主と の続柄	
	氏 名			電話	— —
対 象 者	氏 名			個人 番号	
	生 年 月 日	年 月 日		世帯主と の続柄	
交通事故等の第三者行為の有無（ 有 ・ 無 ）					

■ 長期入院〔非課税世帯(低 I を除く)の方のみ記入〕

区分	申請日の前 1 年間の入院期間(日数)		入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所 在 地	
②	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所 在 地	
③	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所 在 地	
④	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所 在 地	
⑤	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所 在 地	
入院日数 合計		日間	長期入院（ 該 当 ・ 非該当 ）	

※ 長期該当の申請は、領収書など入院日数が確認できる書類を添付すること。

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続をすることなく、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、マイナ保険証を是非ご利用ください。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

受付印