

$$\text{限度額適用} \cdot \text{標準負担額減額}$$

令和 年 月 日

記 号 番 号		1 3 4 -				
世 帯 主		住 所	みやこ町			
		氏 名		生年月日	昭 平 令	年 月 日
		個人番号		電話番号		
限 度 額 適 用 減額対象者		氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日
		世 帯 主 との続柄		個人番号		
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		発症又は 負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）	
	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		
申請者が世帯主 以 外 の 場 合		住 所 ☐ 世帯主に同じ				
		みやこ町				
		氏 名				
		電話番号				

来庁した方の 身元確認書類等 (職員記入欄)	☐ 確認書類等（１つ） 個人番号カード・免許証・在留カード・パスポート・障害者手帳等 その他（ ） ☐ 確認書類等（２つ） 資格確認書・資格情報のお知らせ・介護保険証・各種医療証 その他（ ）
------------------------------	---

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。