

被保険者記号番号		奈13-					
世帯主	住所	奈良県生駒郡平群町					
	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
	連絡先	-					
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		
	個人番号						
	世帯主 との続柄						
申請者	住所						
	氏名			連絡先	-		
	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）	年 月 日から			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			日間		
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、上記のとおり申請致します。

令和 年 月 日

平群町長様

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。

役場記入欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 通知カード
	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 住民票

・ 世帯主      ・ 減額対象者      ・ 申請者