

課長	課長補佐	係長	係

申請日 令和 年 月 日

## 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

限度額適用 ・ 標準負担額減額

被保険者証記号番号		金国				
世帯主	住所					
	氏名	生年月日	昭平令	年 月 日	男・女	
	個人番号					
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日	昭平令	年 月 日	男・女	
	個人番号					
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	第三者行為によるものですか		はい・いいえ		
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				

備考				
				確認印

届出人氏名	印	連絡先	
限度額適用減額対象者との続柄			

★ 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。