

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		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。