国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証			申請	申請日:		年		日	
世帯主(組合員)	住 所								
	氏 名			生年月日	昭和平成	年	月	日	男・女
	個人番号								
減額対象者	氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	目	男・女
	個人番号								
	世帯主(約との)	組合員) 続 柄		電話番号					

※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。

長期入院該当の限度額適用・標準負担額減額認定証を申請される場合は、以下をご記入ください。

長期入院 該当・非該当					職 員記入欄 適用区分						
1)-	中建口の前1年間の7時期間(口粉)			令	·和	年	月	日	から	口用	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)				令和		月	日	まで	日間	
	入院をした保険医療機関等			名	称						
				所在	E地						
2-	中建口の並1年間の3時期間(口粉)			令	·和	年	月	日	から	日間	
	中頭口	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日	まで	H FI	
	オーバー	1 によした伊隆医療機関数			称						
	入院をした保険医療機関等			所在	E地						
3	由諸口	申請日の前1年間の入院期間(日数)			·和	年	月	日	から	日間	
	十 明 1				·和	年	月	日	まで	H l±1	
	入院をした保険医療機関等			名	称						
	ノトが	八元でした休吹区原域関守			E地						