

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日： 年 月 日

| | | | | | |
|--------------|------------------|------|----------------|-------|-----|
| 被保険者証記号番号 | | | | | |
| 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 日 | 男・女 |
| | 個人番号 | | | | |
| | 世帯主(組合員) との続柄 | | 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 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日 から | 日間 |
| | | 令和 年 月 日 まで | |
| | 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) | 令和 年 月 日 から | 日間 |
| | | 令和 年 月 日 まで | |
| | 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) | 令和 年 月 日 から | 日間 |
| | | 令和 年 月 日 まで | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |