

年度 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※太枠内を記入してください

記号番号	記号	香川17	番号	
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	
	個人番号		世帯主との 続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当	91日該当		年 月 日
所得区分				第三者行為 有・無

ここから下は長期入院該当のみ記入してください			入院日数合計		日間
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から			日間
		年 月 日 まで			
	入院をした医療機関	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から			日間
		年 月 日 まで			
	入院をした医療機関	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から			日間
		年 月 日 まで			
	入院をした医療機関	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額を申請します。				
年 月 日				
住 所				
世帯主 氏 名				
電 話 — —				
届出者(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。(ただし、長期入院該当については、申請が必要になりますのでご注意ください。)