

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

被保険者証	記号		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
種類	一般 退職本人 退職扶養	第三者行為	有 ・ 無	
所得区分				

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、事前の手續きなく、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。)