

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号	
世帯主 (申請者)	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
適用・減額 対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		第三者	該当・非該当
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号		対象者 個人番号
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		
④	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		
⑤	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		

保険者処理欄	<認定等>
	1. 公簿 2. 却下(理由 )
	<食事療養標準負担額減額差額支給の有無>
	1. 有 2. 無
	受付番号 ( 号) 認定年月日 ( 年 月 日)
	備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

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。