

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 **認定申請書**
限度額適用・標準負担額減額

被保険者番号							
世帯主	住所						
	氏名			生年月日	年	月	日
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号			
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日
長期入院	該当・非該当			交通事故等の第三者行為	有・無		
ここから下は、長期入院該当者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					

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額の認定を申請します。

年 月 日

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

世帯主以外が申請する場合 (下記に☑がある場合のみ申請可能)
 上記の申請内容について、世帯主に承諾を得ている。

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 続柄 _____ 同一世帯員・その他

※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員からの委任状が必要

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手續なく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証等の事前申請は不要になりますので、マイナ保険証をぜひ御利用ください。