

国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・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		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
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）		から まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		から まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。 年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____ 個人番号 _____

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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処 理 欄	認 定 等	イ. 市町村民税非課税証明書		受付番号 (第 号)
		ロ. 保護申請却下通知書		交付番号 (第 号)
		ハ. 公簿 ()		認定等年月日 年 月 日
		ニ. 却下 (理由)		
差 額 支 給		有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)	
所 得 区 分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ		