

--	--	--	--	--

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

被保険者記号番号		建 一		年度	年度
組 合 員	住 所				
	氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日	
	マイナンバー		長期入院	該当 ・ 非該当	
減額対象者	氏 名		生年月日	S・H・R 年 月 日	
	組合員との続柄				
	マイナンバー		長期入院	該当 ・ 非該当	
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		
市 町 村 長 が 証 明 す る 欄		下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____ _____ 市町村長名 印			

備考 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理年月日 年 月 日					
確認書類	☐ マイナンバーカード (組合員 ・ 他)	届出人	☐ 組合員	身元確認者	
	☐ 運転免許証 (組合員 ・ 他)		☐ 代理人		
	☐ その他 ()		()		