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

記号・番号				
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	
	個人番号		電話番号	
	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無	

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	

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。

年　月　日

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる該当認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主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。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 市区町村長名　　印

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。