

国民健康保険 限度額適用  
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	み岩			令和	年	月	日
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名	印	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号						
	世帯主（組合員）との続柄						
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	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	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	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	日間
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

市長が証明する欄	<p style="text-align: center;">             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 年度の市民税が課されないことを証明              する。                _____              _____    <div style="text-align: right;">市長名 _____ 印</div> </p>
----------	--

備考 「市長が証明する欄」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し、電子的確認を受ければ、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。その際、限度額適用認定証等の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。