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

被保険者証記号番号		建　　－		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 ） □ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） □ その他（　　）	届出人	□ 組合員 □ 代理人 （　　）	身元確認者	