

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

被保険者証記号番号	芸			
世帯主 (組合員)	住 所			
	氏 名	印	生年月日	年 月 日
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	世帯主（組合員）との続柄			
第三者による加害行為（交通事故等）の有無			ある・ない ※どちらかに必ず○を付けて下さい	

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	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	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	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	日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

★★★ お知らせ ★★★
 マイナ保険証は限度額認定証として利用することができます。利用する場合、限度額認定証の事前申請手続きが不要になります。
 ただし、第三者による加害行為（交通事故等）の治療には利用できません。

見本

※郵送による申請の場合は、切手を必ず同封してください。

限度額適用認定証の送料(簡易書留)はご負担していただくことになります。

この部分のみ記入して下さい。

事業主(組合員)名を
記入して下さい

限度額適用
標準負担額減額
認定申請書
限度額適用・標準

捺印をお願いします。

被保険者証記号番号			
世帯主 (組合員)	住所		
	氏名	印	生年月日 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		
	世帯主(組合員)との続柄		
第三者による加害行為(交通事故等)の有無		ある・ない ※どちらかに必ず○を付けて下さい	

入院される方が組合員(事業主)の
場合は「本人」と記入して下さい

入院される方の名前を記入して
下さい

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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 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 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 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

★★★ お知らせ ★★★

マイナ保険証は限度額認定証として利用することができます。利用する場合、限度額認定証の事前申請手続が不要になります。
ただし、第三者による加害行為(交通事故等)の治療には利用できません。