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

マイナ保険証を利用すれば、窓口で限度額適用認定証を掲示しなくても限度額を超える支払いは免除されます。つまり、限度額提供認定証の事前申請も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

被保険者	記号		番号		連絡先	
組合員	住所					
	氏名			個人番号		
				生年月日	昭・平　年　月　日	
減額対象者	氏名			個人番号		
	組合員との続柄			生年月日	昭・平・令　年　月　日	
交付必要期間 （入院予定期間などをご記入ください）	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日					
長期入院 （いずれかに○をつけてください）	※該当・非該当	※長期入院の該当とは、申請の属する月より、以前12か月の入院が申請日までに90日を超えていることが要件になります。 例）令和6年1月に申請の場合は、令和5年12月1日以降の入院期間（本書にて申請している期間）をご記入ください。				

◎次の①～④は、長期該当者として申請する方のみ記入してください。

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

	入院日数合計	日間	91日該当年月日	年　月　日

注）**長期入院**に該当する方は、**入院した保険医療機関等の発行する領収（明細）書など入院期間の確認できる書類**を合わせて添付ください。