

標準負担額減額
国民健康保険 限度額適用 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		中5 1234567									
世帯主	住所	蕨市中央5丁目14番15号									
	氏名	蕨 太郎	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日				性別	男		
			個人番号								
限度額適用 減額対象者	氏名	蕨 一郎	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日				性別	男		
	世帯主との続柄	子	個人番号								
長期入院	該当 ・ 非該当		電話番号	048 (432) 3200							
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								

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。

年 月 日

市区町村長が 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（区）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。