

国民健康保険 {
 限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額
 }
 認定請求書

被保険者証記号番号		ホト -										
世帯主 (組合員)	住所											
	氏名				生年月日	大・昭・平		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)との続き柄											
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)	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										

令和 年 月 日

保険医療機関等窓口で健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード(以下、マイナ保険証)を利用し、情報提供に同意すれば、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。

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

決定 欄	認定	認定事項	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿(課税・非課税) ニ その他	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	却下	差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	