

限度額適用

国民健康保険（食事療養費・生活療養費）標準負担額減額

認定申請書

限度額適用 ・ 標準負担額減額

令和 年 月 日

世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号				男・女
申請者	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	続柄		電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日 男・女
	個人番号				年齢
	被保険者証記号番号		電話番号		
	世帯主との続柄		適用区分		
長期入院	該当 ・ 非該当	第三者行為	有 ・ 無	※自分以外による行為での負傷	

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			

※ マイナ保険証を利用すれば、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。
また、限度額適用認定証の事前申請も不要となりますので、ぜひご利用ください。

市町村処理欄	交付日	年 月 日	発行者名	
本人確認欄	免許証・個人番号カード・パスポート・各種保険証・職員確認（確認者） その他（ ）			