

## 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		山 28 -				届出日		令和	年	月	日
世帯主	住所										
	氏名					生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	
	個人番号										
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	
	個人番号										
長期入院 (91日以上入院)	該当・非該当				所得区分						

※太枠で囲ってある部分を記入してください。  
長期入院の場合は①以降も記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		入院開始日	令和	年	月	日	日間
			退院日等	令和	年	月	日	
	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）		入院開始日	令和	年	月	日	日間
			退院日等	令和	年	月	日	
	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）		入院開始日	令和	年	月	日	日間
			退院日等	令和	年	月	日	
	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が免除されます。当申請は不要となりますので、マイナ保険証のご利用をぜひご検討ください。

(※長期入院かつ所得区分が「オ」又は「低2」に該当する方は当申請が必要です)