

記入例

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	山口県熊毛郡上関町大字長島448番地											
	氏名	上関 太郎					生年月日	大・昭 平・令 ××年××月××日					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
限度額適用 減額対象者	氏名	上関 花子					生年月日	大・昭 平・令 ××年××月××日					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
長期入院 (91日以上入院)		該当 非該当					所	届出日から前1年間以内に合計して91日以上入院されている方は下の入院期間等も記入してください。 非該当の方は太字の枠内のみ記入してください。					

※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1月1日		61 日間
			退院日等	令和×年3月3日		
②	●入院開始日 入院した日を記入してください。 長期間入院されている方等正確な日付が不明の場合は届出日の1年前の日付を記入してください。		〇〇病院			
	●退院日等 退院(転院)した日等を記入してください。 引き続き入院中の場合は、届出日を記入してください。		〇〇県××市△△番地			
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		
④	入院をした保険医療機関等		××病院			
	所在地		〇〇県〇〇市△△番地			

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)