

限 度 額 適 用  
 国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 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		減額対象者		世帯主 との続柄
個人番号		生年月日	年 月 日	

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

(注) 長期入院該当の申請については  
これを証明する書類を添付してください。

入院期間計	日間
第三者行為の有無	有 ・ 無

限 度 額 適 用  
 上記のとおり国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 の 交 付 を 申 請 し ます。  
 限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_

綾部市長 様

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

**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。**

次の欄には記入しないでください。

交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日

処理欄	世帯内の被保険者名		非課税期間調査	
	_____		申請のあった年度で非課税に該当する月の初日	
	_____		_____年度	
	_____		8・9・10・11・12・1・2・3・4・5・6・7	
	減額認定	長期該当	確認方法	差額支給
	・認定	・入院91日目(非課税該当のみ通算) 年 月 日	・領収書	有
	・却下	・非該当による認定取消日 年 月 日(証回収・未回収)	・レセプト ・医療機関 ・その他	無