

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	綾1234-56789	減額対象者	綾部 太郎	世帯主 との続柄	本人
個人番号	000000000000	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日		

①	申請日の前1年間の 入院をした保険医療機関等	認定証を申請される方の証の記号番号、個人番号(12ケタのマイナンバー)、氏名、生年月日、続柄をご記入ください。			日間
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
		年	月	日まで	
②	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	日間
		年	月	日まで	
③	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	日間
		年	月	日まで	
④	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
認定証の申請理由が、第三者行為による場合(交通事故等)は「有」、それ以外の場合(ご病気等)は「無」に○をしてください。					
(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。					
					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

令和〇 年 〇月〇〇日

世帯主についてご記入ください。

世帯主 住所 綾部市〇〇町〇〇番地

綾部市長 様

氏名 綾部 太郎

電話番号 0773-△△-××××

個人番号 000000000000

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 ・レセプト	有
	・却下	・非該当による認定取消日 年 月 日(証回収・未回収)	・医療機関 ・その他	無