

※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。

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       | 岡 87 | 番号          |   |       |   |    |     |
| 世帯主            | 住所       |      |             |   |       |   |    |     |
|                | 氏名       |      |             |   |       |   |    |     |
|                | 個人番号     |      | 生年月日        | 年 | 月     | 日 | 性別 | 男・女 |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名       |      |             |   |       |   |    |     |
|                | 個人番号     |      | 生年月日        | 年 | 月     | 日 | 性別 | 男・女 |
|                | 世帯主との続柄  |      |             |   |       |   |    |     |
| 長期入院           | 該当 ・ 非該当 |      | 交通事故等の第三者行為 |   | 有 ・ 無 |   |    |     |

|                              |               |                               |             |  |  |  |
|------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------|--|--|--|
| 以下は長期入院(90日以上)該当者のみ記載してください。 |               |                               | 入院日数合計( 日間) |  |  |  |
| 1                            | 申請日の前1年間の入院日数 | 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                           |             |  |  |  |

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

浅口市長 栗山 康彦 殿

令和 年 月 日

住所

世帯主 氏名

電話