

記入例

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
医療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	000000000		
世帯主	住所	浅口市〇〇町△△□□番地				
	氏名	浅口 太郎				
	個人番号		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	性別	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	浅口 太郎				
	個人番号		生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	性別	男・女
	世帯主との続柄		本人			
長期入院	該当・ <u>非該当</u>		交通事故等の第三者行為		有・ <u>無</u>	

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 7 年 7 月 18 日

住所 浅口市〇〇町△△□□番地

世帯主 氏名 浅口 太郎

電話 0865-00-0000