

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定証申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者	記号	建設	番号				
組合員	住所						
	氏名	ⓐ			生年月日	年 月 日	
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日	
	個人番号						
	組合員との続柄			長期入院	該当・非該当		
①	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			
④	入院をした保険医療機関等			名称			
				所在地			

○マイナ保険証等を利用するオンライン資格確認を導入している医療機関では「限度額適用認定証」の提示を行わなくとも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ので、医療機関にご確認ください。

○長期入院(90日以上)に該当する場合は、入院期間の記載のある領収書又は、病院が証明した入院期間証明書を添付して下さい。

本人確認欄	来所者(○で囲む)	来所者氏名	代理権確認	番号確認	身元確認
	本人			○個人番号カード ○通知カード ○住民票	○個人番号カード ○運転免許証 ○その他
	代理人(関係) ( )		<input type="checkbox"/> 委任状		( )

○…提示確認(郵送受付時は写し提出) …提出

※確認資料にレ点チェック

地本記入欄	傷病の理由	修正申告の有無	送付先	地本取扱者印	国保受付印
	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 地本		
	<input type="checkbox"/> 私傷病(自損事故・疾病等)	( 年 月修正)	<input type="checkbox"/> その他(余白に記入)		

※該当する項目にレ点チェック