

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	和28・	9876	一般	退本人	退被扶養	前期高齢				
限度額適用 減額対象者	氏名	美浜 花子								
	生年月日	昭平令	〇年〇月〇日生〇歳	世帯主との 続柄	妻					
発行日	減額・長期	令和	年	月	日	有効期限	令和	年	月	日
適用日		令和	年	月	日	長期該当日	令和	年	月	日
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年		月	日から	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	日間			
	入院をした保険医療機関等	名称								
		所在地								
交通事故等に伴う第三者行為の有無 (有・無) (有の場合は医療機関名を上記①・②へ必ず記入する。)										
上記のとおり申請します。										
<b>赤字部分を 記入して下さい。</b>										
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日										
住所 美浜町和田1138-278										
世帯主 氏名 美 浜 太 郎										
電話番号 〇〇〇-△△△△-××××										
美浜町長 殿										
届出人 氏名 美 浜 花 子										
電話番号 〇〇〇-××△△-×△△×										

※健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード(マイナ保険証)を利用することで、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が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。

適用区分	区分確認	収納確認	証交付	長期交付	交付簿記載
ア・イ・ウ エ・オ 低I・低II 現I・現II・現III					