

決裁	理事長	専務理事	事務長	課長	担当者	交付年月日	摘要

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 記号番号		記号	職	番号			
組 合 員	住所						
	氏名	印	生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女	
個人番号					電話番号	()	
限度額適用 減額対象者氏名			生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女	
個人番号					組合員との続柄		
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無				
①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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					

所属支部長が 証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員は、保険料の滞納がないことを証明します。 令和 年 月 日 所属支部 印
-----------------	---