

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

課長	係長	担当

記号・番号		交付番号		長期入院番号	
世帯主	住所				
	氏名			生年月日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	
	個人番号				
	世帯主との続柄				
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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 日 まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日 まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
上記のとおり申請します。					
年 月 日		住所 鞍手町			
		世帯主			
		氏名			

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。

処 理	申請年月日		適用年月日		受付	区 分		交付
						若人	アイウエオ減	
					前期	I II		
税 確 認 書 類	オンライン 確認書	長期 確認 書 類	領 収 書					
	非課税証明書		そ の 他					
	他 [                      ]		(                      )					