

※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。

国民健康保険限度額適用認定申請書

第 号

記号・番号	記号			番号			
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名			生年月日	年 月 日		
適用者	氏名			生年月日	年 月 日		
	世帯主(組合員)との続柄						
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号			対象者 個人番号		
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		
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)			令和 年 月 日から			
				令和 年 月 日まで	日間		
④	入院をした保険医療機関等			名称			
				所在地			
⑤	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		
令和 年 月 日							

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその 世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。						
長崎県松浦市長 様							

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

処理欄 交付日 令和 年 月 日 発送先 自宅・その他() 届出人続柄()