

※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・標準負担額減額認定申請書

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・減額 対象者	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		
	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		
④	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		
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		
	入 院 を し た 保 険 医 療 機 関 等		名 称		
			所在地		

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（ ）