

限度額適用

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者記号・番号	軽	区分		未納	有・無	
世帯主	住所	軽井沢町				
	氏名	生年月日				
		昭・平・令	年	月	日	
個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日				
		昭・平・令	年	月	日	
	個人番号					
	世帯主との続柄		電話番号			
長期入院	該当	・	非該当	第三者行為の有無	有・無	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	日間
		年	月	日	まで	
	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
		年	月	日	まで	
	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	日間
		年	月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地					

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者氏名

世帯主との続柄

電話番号

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。

確認者

担当者