

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

(宛先) 松本市長

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住所 松本市

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

世帯主との続柄

電 話

下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。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者 記号番号	松国												
限度額適用 減額対象者	氏 名					世帯主と の 続 柄							
	生 年 月 日	年 月 日											
	個 人 番 号												
長期入院（90 日以上）	該 当 ・ 非該当				交通事故等の第三者行為				有 ・ 無				

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計（ 日間）

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				
④	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				

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証等を提示せずに高額療養費制度における限度額を超える支払いが抑えられます。マイナ保険証をぜひご利用ください。

申請者本人確認欄（氏名）		受付	発行済	. .	
番号カード・運免・資格確認書・通帳・領収書・その他			未発行		
【 】			滞納 有・無		