

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |                 |   |   |   |   |  |  |          |     |       |  |  |  |
|--|-----------------|---|---|---|---|--|--|----------|-----|-------|--|--|--|
| 被保険者証 記号-番号  |                 |   |   |   |   |  |  |          |     |       |  |  |  |
| 被保険者   | 氏名              |   |   |   |   |  |  | 事業所      | 名称  |       |  |  |  |
|  | 生年月日            | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和   | 年 | 月 | 日 |  |  |          | 所在地 |       |  |  |  |
| 適用認定対象者  | 氏名              |   |   |   |   |  |  | 被保険者との続柄 |     |       |  |  |  |
|  | 生年月日            | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和   | 年 | 月 | 日 |  |  |          | 性別  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 療養予定期間<br>(申請期間)   | 令和 年 月 ~ 令和 年 月 |   |   |   |   |  |  |          |     |       |  |  |  |
| 被保険者の住所<br>(右記住所に適用認定証を郵送いたします)<br>*他の郵送先をご希望の場合は下記も記入してください |                 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                 |   |   |   |  |  |          |     |       |  |  |  |
| この欄に記入がある場合は、<br>右記住所・宛名に適用認定証を郵送いたします                       |                 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>住所<br>氏名(宛名) |   |   |   |  |  |          |     |       |  |  |  |

|                                |                   |       |  |     |  |       |  |             |  |  |  |
|--------------------------------|-------------------|-------|--|-----|--|-------|--|-------------|--|--|--|
| 長期入院                           | 該当 ・ 非該当          |       |  |     |  |       |  |             |  |  |  |
| ここから下は長期該当者として申請する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  |  | 年 月 日 |  | 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  |  | 年 月 日 |  | 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  |  | 年 月 日 |  | 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  |  | 年 月 日 |  | 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) | 年 月 日 |  | から  |  | 年 月 日 |  | 日間          |  |  |  |
|                                | 入院をした保険医療機関等      | 名称    |  | 所在地 |  |       |  |             |  |  |  |

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

○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。

|                            |   |
|----------------------------|---|
| (注)<br>市区町村<br>長が証明<br>する欄 | 当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が<br>課されないことを証明する。<br>市区町村名 |
|----------------------------|---|

