

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

静岡市食品国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

下記のとおり申請いたします。

被保険者記号・番号					
組 合 員	住 所	〒 (TEL)			
	氏 名	⑩	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				
対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			組合員との続柄	
発症又は負傷の理由		<input type="checkbox"/> 1.第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害（通勤災害等） ※該当番号にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 3.その他（自損事故・疾病等）			
長 期 入 院		該当 ・ 非該当 （申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合は長期該当）			

長期入院該当者のみご記入ください。		入院日数合計（ 日間）	
①	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
③	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	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、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。
 ※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※組合記入欄

適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ
認定等年月日	年 月 日 受付番号

理事長	役員	事務長	主任	係