

記入見本

赤枠の中を記入してください

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
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	〒 420-0034 (TEL 054-253-4533) 静岡市葵区常磐町1丁目4-11	
	氏 名	食品 太郎	生年月日 昭・平・令 30 年 1 月 2 日
	個人番号 (マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	
対 象 者	氏 名	食品 花子	生年月日 昭・平・令 35 年 6 月 7 日
	個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0	組合員との続柄 妻
	発症又は負傷の理由	☐ 1.第三者行為（交通事故等） ☐ 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。 ☐ 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）	
	◆押印は朱肉で鮮明にお願いします。（シャチハタ印は不可）		
②	◆対象者とは、医療を受ける人です。		
	◆初めて申請を行う際はマイナンバー（個人番号）を記入してください。 （2回目以降は省略可）		
③	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	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ ☐ 現Ⅰ ☐ 現Ⅱ ☐ 低Ⅰ ☐ 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