

文書受付	担当係員	主任	事務次長	事務長	専務理事	副理事長	理事長

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

被保険者証記号番号		衣 一						
世帯主	住所							
	氏名	①				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女
		個人番号						
限度額適用・標準負担額減額対象者	氏名	②				生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	男・女
		個人番号						
	世帯主との続柄							
長期入院	該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日 から 日間 令和 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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 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)		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで					
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この申請書の提出を委任します。

(代理人) 住所 _____
氏名 _____

令和 年 月 日

(委任者) 住所 _____
氏名 _____ ①

次の欄には記入しないでください

交付年月日	令和 年 月 日	発行期日	令和 年 月 日	処理欄
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日	

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、マイナ保険証ぜひご利用ください。

文書受付	担当係員	主 任	事務次長	事 務 長	専務理事	副理事長	理 事 長
			見 本				

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

被保険者証記号番号		衣 191 - 0123101												
世 帯 主	住 所	京都市〇〇区△△町□□番地						押印						
	氏 名	衣料 太郎				生年月日	昭和 平成48年 7月15日	男 女						
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	令和
限度額適用・ 標準負担額 減額対象者	氏 名	衣料 花子				生年月日	昭和 平成50年10月 8日	男 女						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	令和
	世帯主との続柄		妻											
長期入院	該 当 ・ 非該当													
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から												
	入院をした保険医療機関等	名 称	記入しないで下さい										所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	名 称											所在地	
	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)	名 称											所在地	
	入院をした保険医療機関等	名 称											所在地	

【委任欄】	私は、下記の者を代理人と定め、この申請書の提出を委任します。	世帯主以外の方が 手続きに来られる 場合には記入・押印 が必要です
(代理人)	住 所 京都市〇〇区△△町□□番地	
申請日	氏 名 衣料 花子	
令和 年 月 日		
(委任者)	住 所 京都市〇〇区△△町□□番地	
	氏 名 衣料 太郎	押印

次の欄には記入しないでください

交付年月日	令和 年 月 日	発行期日	令和 年 月 日	処理欄
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日	

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、マイナ保険証ぜひご利用ください。