

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号番号		羽一										
世帯主	住所	羽生市										
	氏名						生年 月 日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日				
	個人番号 (マイナンバー)										性別	男・女

限度額適用減額対象者	氏名						生年 月 日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日				
	個人番号 (マイナンバー)									世帯主との続柄		
	交通事故等の第三者行為					有・無			性別	男・女		
	入院期間	※入院のため申請する場合は、入院期間を記入してください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										

長期入院（過去12ヵ月間で、入院日数が91日以上）				該当・非該当	
①	申請日の前1年間の入院期間		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	申請日の前1年間の入院期間		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			

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

対象者
との続柄

電話番号

※世帯員以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

☐ 資格確認書に任意記載事項を追加することに同意します。（同意しない方はマイナ保険証をご利用ください。）

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。

処理欄	受付	本人確認（申請者）	返却フラグ	添付	資格	国保税	区分：70歳未満	区分：70歳以上	認定証交付	※長期該当
		マ・免・在留・障・社保証・ 国保証・後期証・他（ ）	☐	委任状 申出書	有 無	完 未	ア・イ・ウ エ・オ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	有 無	☐