

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

(宛先) 松本市長

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所 松本市

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

世帯主との続柄

電 話

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者 記号番号	松国											
限度額適用 減額対象者	氏 名			世帯主と の 続 柄								
	生 年 月 日	年 月 日										
	個 人 番 号											
長期入院（90 日以上）	該 当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為				有 ・ 無					

ここから下は、長期入院該当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 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 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 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 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

電子資格確認に利用される個人番号カード（以下「マイナ保険証」という。）を提示する場合は、限度額適用認定証等を提示しなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。マイナ保険証を是非ご利用ください。

申請者本人確認欄（氏名）		受付	発行済	. .	
番号カード・運免・資格確認書・通帳・領収書・その他			未発行		
【 】				滞納	有・無

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定
限度額適用・標準負担額減額

記入例

（宛先）松本市長 令和 ○年 ○月 △日

申請者（世帯主）
住 所 松本市 **大字○○12345番地**
氏 名 **松本 太郎**
個人番号

△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

電 話 **0263-34-9999**

窓口に来た方
※ 世帯主の場合、記入は不要です。
氏 名 _____
世帯主と
の 続 柄 _____

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被 保 険 者 記 号 番 号	松国 12000007														
限度額適用 減額対象者	氏 名	松本 花子					世 帯 主 と の 続 柄	妻							
	生 年 月 日	H2 年 1 月 1 日													
	個 人 番 号	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
長期入院（90 日以上）	☒ 該 当 ・ 非該当					交通事故等の第三者行為					有 ・ ☒ 無				

ここから下は、長期入院該当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 8 月 10 日から 11 月 30 日まで （ 113 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	医療法人 ○○病院
		所 在 地	松本市中央1-0-1
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで （ 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 日まで （ 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 日まで （ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

電子資格確認に利用される個人番号カード（以下「マイナ保険証」という。）を提示する場合は、限度額適用認定証等を提示しなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。マイナ保険証を是非ご利用ください。

申請者本人確認欄（氏名）		受付	発行済	. .	
番号カード・運免・資格確認書・通帳・領収書・その他			未発行		
【	】			滞納	有・無