

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額適用認定証情報の提供に同意することで、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。
 受診医療機関でのオンライン資格確認が困難等のご理由により「限度額適用認定証」の交付が必要な方は、ご申請ください。

被保険者証記号・番号		記号		資格取得年月日	年	月	日
		番号		標準報酬月額	千円		
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
被保険者(減額対象者)の住所		〒					
入院予定期間 (最長6ヶ月まで)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄					
多数該当		申請前の1年間高額療養費の受給が3回以上あったか				ある・ない	
申請代行者の氏名				被保険者との関係			
申請代行者の住所		〒					
申請代行者のご連絡先							
申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他()					

※ 被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請する場合はこちらもご記入下さい。
 ※ 申請代行者の住所は、被保険者以外の住所に送付を希望する場合にご記入下さい。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村名	受付印
-------------	---	-----

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
 令和 年 月 日提出