

マイナ保険証を利用することで、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。（オンライン資格確認を導入している医療機関である必要があります。）

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。

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		枝 番 ()									
世 帯 主 (組 合 員)	住 所										
	氏 名	㊦		生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
限度額適用 減額対象者	氏 名			生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
	個人番号										
	※個人番号については、資格取得または資格確認の際提出したものと同一番号の場合は“記載不要”										
	世帯主（組合員）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 年 月 日 から 令 年 月 日 まで		日 間							
	入 院 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 年 月 日 から 令 年 月 日 まで		日 間							
	入 院 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 年 月 日 から 令 年 月 日 まで		日 間							
	入 院 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国民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

住 所

氏 名

印

山梨県医師国民健康保険組合 理事長 殿

記入例

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		入院される方が先生・従業員の場合→その本人の氏名 入院される方が家族の場合→その者を扶養する先生若しくは従業員の氏名										
世帯主 (組合員)	住所											
	氏名	印			生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
	個人番号											
入院される方		(組合員) 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 年 月 日 から		日間							
			令 年 月 日 まで									
	入院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 年 月 日 から		日間							
			令 年 月 日 まで		過去1年の間に同一世帯(医師国保加入者)で入院がある場合はご記入ください。							
	入院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 年 月 日 から		日間							
			令 年 月 日 まで									
	入院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国民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

住所

氏名

印

山梨県医師国民健康保険組合 理事長

入院される方が先生・従業員の場合→その本人の氏名
 入院される方が家族の場合→その者を扶養する先生若しくは従業員の氏