

限度額適用

山口県国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

届出日		令和 年 月 日		適用区分	
被保険者証記号番号		山 3 1 ー		有効期限 7 月末 / その他 ()	
世帯主	住 所	平生町大字			
	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		世帯主との続柄		
長期入院					
①	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
			所在地		

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。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。