

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		3 0 1 0		被保険者証番号												
世帯主 (組合員)	住所															
	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日							
対象者	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日							
	個人番号	/														
	世帯主(組合員)との続柄				長期入院(90日以上)	該 当 ・ 非該 当										

長期入院(90日以上)該当者のみ記入して下さい。

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					

※保険者ではマイナンバーによる所得情報の確認が可能となっていることから本組合にて世帯全員分の所得情報の照会を行いますので、ご了承ください。また、前年分の世帯全員の基礎控除後の所得が901万円を越えている場合は、下記()内に○印をお付け下さい。上位所得者と認定し、所得情報の照会はいたしません。

() 【上位所得者である】

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合理事長 殿

●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。