

(この欄は記入しないで下さい)

|   |     |      |     |   |  |
|---|-----|------|-----|---|--|
| 決 | 理事長 | 副理事長 | 事務長 | 係 |  |
| 裁 |     |      |     |   |  |

**限度額適用認定申請書・記入例**  
「こんなときは？」を参考に添付書類とともに記入捺印し、組合まで提出してください。

|      |          |                               |                         |          |     |       |
|------|----------|-------------------------------|-------------------------|----------|-----|-------|
| 認定区分 | 限度額適用    | ア・イ・ウ・エ・オ<br>現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ    | 1. 非課税世帯<br>2. 生活保護申請却下 | 資格取得     | 昭平令 | 年月日   |
|      | 標準負担減額   | 基本 = 1. 非課税世帯<br>長期入院 = 1. 該当 | 2. 生活保護申請却下<br>2. 非該当   |          |     |       |
| 発効期日 | 令和 年 月 日 | 有効期限                          | ・年度末<br>・年度末までに70歳到達    | 令和 年 月 日 | 種別  | 事・従・家 |
| 備考   |          |                               |                         |          |     |       |

(注) 標準負担減額における『長期入院』に係る申請をする際には

※黒ボールペン(消えないペン)でご記入ください。

**限度額適用 国民健康保険 標準負担減額 認定申請書**  
**限度額適用・標準負担減額**

○標準負担減額に係る長期入院に  
・該当する  
・該当しない

|   |            |                           |                           |                      |         |    |
|---|------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|---------|----|
| a   | 被保険者証の記号番号 | 衣国 00<br>000-0000         | 適用・減額対象者の氏名及び性別<br>衣料品 太郎 | 男<br>昭和平成令和 〇年 〇月 〇日 | 組合員との続柄 | 本人 |
| ○基本申請: 今回入院予定あるいは現在通院・入院をしている保険医療機関名などを記入して下さい        |            |                           |                           |                      |         |    |
| 名称  |            | 病院の名称を記入してください。           |                           |                      |         |    |
| 所在地   |            | 病院の住所を記入してください。           |                           |                      |         |    |
| ○長期入院: 申請月を含む前12か月以内に90日以上入院した場合にはその入院歴を最近から順に記入して下さい |            |                           |                           |                      |         |    |
| ①   | 名称         | a 給付対象者の必要事項を記入してください。    |                           |                      |         |    |
| ②   | 名称         | b 記入日を和暦で記入してください。        |                           |                      |         |    |
| ③   | 名称         | c 組合員(世帯主)の必要事項を記入してください。 |                           |                      |         |    |

上記のとおり、申請します。

b 令和 〇年 〇月 〇日 (〒000-0000) TEL 00 (000) 0000

住所 住所を記入してください

c 組合員 氏名 衣料品 太郎

大阪衣料品小売国民健康保険組合 理事長殿 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

印

・欄に申請前1年間の入院歴を記入した上、申請して下さい。  
又、すでに『減額認定証』や『適用・減額認定証』をお持ちの場合はその証も添付して下さい。

※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。