

記入例(長期入院該当)

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号番号	記号向〇〇〇 番号〇〇〇〇	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
減額対象者	氏 名	向日 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	世帯主との続柄	本人
長期入院	該当・非該当		(過去12か月で入院日数が90日を超える場合該当) ただし、区分が低Ⅱ又はオの場合のみ	

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計(90日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から	(30日間)
		令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称	△△病院
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から	(60日間)
		令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称	△△病院
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	(日間)
		令和 年 月 日まで	
	入院を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申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主	住 所	向日市 寺戸 町 小畑5番地の1
	氏 名	向日 太郎
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
申請者	氏 名	向日 一郎 (世帯主との続柄 子)
	電話番号	075-931-1111

(宛先) 向日市長

次の欄には記入しないでください。

交 付 年 月 日	令和 年 月 日	発 効 期 日	令和 年 月 日	処理
有 効 期 限	令和 年 月 日	長期入院該当	平・令 年 月 日	
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現役並みⅠ・現役並みⅡ・低Ⅰ・低Ⅱ			

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になります。
ただし、長期入院該当(住民税非課税世帯で、過去12ヶ月の入院日数が90日を超える方)は申請が必要です。