

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書  
標準負担額減額

【お知らせ】  
マイナ保険証(健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード)を利用すれば、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ので、本様式による事前申請は不要となります。

被保険者証の記号番号							
限度額適用 ・ 減額対象者	フリガナ						性別
	氏名						
	個人番号 (マイナンバー)						
	生年月日	・昭和 ・平成 ・令和	年	月	日	歳	第Ⅰ・Ⅲ種 組合員 との続柄
入院・外来 医療機関	名称						
	所在地	〒	-	TEL	-	-	
入院・外来 予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日							
勤務先医療機関	〒	住所					
		名称					
		連絡先 TEL - -					
・第Ⅰ種 ・第Ⅱ種 組合員	〒	住所					
		氏名					
	個人番号 (マイナンバー)	[ ]					
※限度額適用対象者と組合員(世帯主)が同じ場合は記入不要。							
		連絡先 TEL - -					
岐阜県医師国民健康保険組合理事長 殿							
限度額認定証送付先住所 上記ご自宅住所と異なる 場合はご記入ください	〒	住所:				氏名:	

◎申請上の注意事項

・この申請書は、厚生労働大臣が定めた入院・外来費用の窓口支払額を、法定自己限度額に留める場合に申請するものです。