

**限度額適用**  
**国民健康保険**                      **標準負担額減額**                      **認定証交付申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者記号・番号		07 -	(枝番)	
世帯主	住所	墨田区		
	氏名		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
	世帯主との続柄			

長期入院(過去12か月の入院日数が91日以上は長期)		該当 ・ 非該当	
長期入院該当者のみ記入してください		入院日数の合計 ( 日間 )	
申請月以前12月以内の 入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請月以前12月以内の 入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

墨田区長あて

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

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。健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード  
保険料の滞納がある世帯には、原則、限度額適用認定証の交付はできません。事前にご相談ください。

## 保険者処理欄

種別	限 ・ 食 ・ 減
区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 才長
長期該当日	令和 年 月 日から

\* 窓口に来た方(世帯主・適用対象者・代理人)

代理人氏名:

電話番号(上記と異なるとき):

\* 保険料未納 無 ・ 有(こくほ保険料係・担当 相談済み)

\* 添付書類 無 ・ 有(旧証・課税証明書等・その他( ))

\* 交付日:令和 年 月 日

\* 担当者: \* 交付方法: 窓口・郵送(令和 年 月 日発送)

出張所:担当