

国民健康保険
 限度額適用
 限度額適用・標準負担額減額
 認定申請書

被保険者記号・番号		上越		申請日 令和 年 月 日	
世帯主	住所	上越市			電話番号
	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号				
減額対象者	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄		
長期入院	該当 ・ 非該当				
①	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	名称			
所在地					
②	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	名称			
所在地					
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	名称			
所在地					
④	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	名称			
所在地					
⑤	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	名称			
所在地					

※ 市処理欄（ここに記入しないでください。）

区分	用紙の色：オレンジ	用紙の色：黄色	
	ア・イ・ウ・エ・現役Ⅱ・現役Ⅰ	オ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
発行日	令和 年 月 日	発行者	

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。