

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。

第 6 号様式（第 7 条関係）

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 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												長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者		氏 名												
		個人番号												
		生年月日	年 月 日			世帯主との続柄								
①	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）				年	月	日	から			日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称												
		所 在 地												
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）				年	月	日	から			日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称												
		所 在 地												
③	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）				年	月	日	から			日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称												
		所 在 地												
④	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）				年	月	日	から			日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称												
		所 在 地												
⑤	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）				年	月	日	から			日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称												
		所 在 地												

上記のとおり申請します。
年 月 日

世帯主 住 所
氏 名
(自署の場合、押印不要)
個人番号
電 話 ()

清須市長 様

※市民税課税状況確認欄

確 認 年 月 日	年 月 日	確認者氏名	
確 認 方 法	課 税 台 帳 ・ 課 税 証 明 書	確 認 結 果	課 税 ・ 非 課 税
長期入院確認	年 月 日	確認者氏名	
	レセプト・その他()		