

理事長	常務理事	事務長	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

被保険者の記号・番号		崎薬一	長期入院	該当・非該当
組合員	氏名		適用区分	
限度額適用 減額対象者	氏名		組合員 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	申請日前12ヶ月間において90日を超える入院の有・無 無・有（「有」の場合は、下の欄に入院期間・保険医療機関を記入してください。）			

①	申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	入院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。

令和 年 月 日

〒

組合員住所

氏名

(連絡先TEL - - )

長崎県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※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。