

国民健康保険 { 限度額適用
標準負担額減額 } 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

以下の通り申請します。

被保険者証番号	沖医国	申請年月日	令和	年	月	日	
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名 (自署)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号 (マイナンバー)						
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号 (マイナンバー)						
	世帯主 (組合員) との続柄	長期入院	該当・非該当				
傷病の理由 ※○をつける	1.第三者行為(交通事故等) 2.業務上の災害(通勤災害等) 3.その他(自損事故・疾病等)						

非課税世帯の場合

※ 以下の欄は非課税世帯で長期入院 (申請日の前1年間の入院日数が合計91日以上) に該当する方のみご記入ください。

長期入院 情報	申請日の前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
	入院をした保険医療機関等	名称								
		所在地								

○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。限度額適用認定書の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証を是非ご利用ください。※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

○高齢受給者証をお持ちの方で【一般】と【現役並みⅢ】に属する方は、限度額適用認定証は不要です。

事務 処理欄	限度額判定	ア・イ・ウ・エ・オ	発行年月日	令和	年	月	日
		現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	有効年月日	令和	年	月	日