

係	長期該当年月日	発効年月日	交付年月日

**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**

被保険者記号番号		香組 4					
認定対象者	氏 名						
	個人番号						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	組合員との続柄	
<u>医療機関等への受診理由（該当理由を☑）</u> <input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 仕事中のケガ等 <input type="checkbox"/> 第三者によるケガ等（ 1. 交通事故   2. けんか   3. その他（                    ） ）							
長期入院	該 当 ・ 非該当	入院合計日数			日間		
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等	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等	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等	名 称					
		所在地					

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。	
令和	年 月 日
組合員住所	電話番号(日中連絡のとれるもの)
氏名	印 個人番号 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
香川県建設国民健康保険組合理事長殿	

支 部 長 氏 名	印
-----------	---

※原則として、被保険者全員の「住民税所得課税証明書」を添付してください。  
 本組合の資格を取得する前の入院期間についても記入してください。  
 長期入院該当（1年以内の入院日数が90日を超えるもの）の場合は、保険医療機関の領収書等、入院期間を証明する書類を添付してください。既に減額認定証の交付を受けている場合は、その証も添付してください。

※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。