

マイナ保険証を利用することで、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。

記入例

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

埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様

下記のとおり申請します。

被保険者記号番号		1 2 3 - 1 2 3 4 5 6 7 8		申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
(准) 組 合 員	住 所	〒000-0000 〇〇市〇〇2丁目〇-〇〇			
	氏 名	健 康 保 子		生年月日	昭和 〇 年 〇〇 月 〇 日 平成
	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0	日中の 連絡先	☎ 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
限度額適用 対 象 者	氏 名	健 康 組 男		生年月日	昭和 〇 年 〇〇 月 〇 日 平成 令和
<input type="checkbox"/> (准) 組 合 員 本 人 (必ず記入不要)	個人番号 (マイナンバー)	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1		(准) 組 合 員 と の 続 柄	夫
利用開始月 (~7月31日まで)	令和 〇 年 〇〇 月	認定証送付希望先 (上記住所と異なる場合)	(住所) 〒111-1111 ××市××町1-1 〇〇方 (宛名) 健康保子		

長期入院 該当・非該当 ※住民税非課税世帯で入院が長期にわたっている場合は、①~③にご記入の上、入院の事実がわかる証明書(入院証明書・領収書等)を添付してください。

申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	日間
※(准)組合員本人が対象者の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をすると、	令和 年 月 日まで	

限度額対象者欄の記入を省略することが出来ます。

入院をした保険医療機関等	名称	
② 申請日の前1年間の入院期間 (日数)	所在地	
令和 年 月 日まで		

※入院先の医療機関等に直接送付を希望する場合は、あらかじめ医療機関に確認の上、住所・号室等を正確に記入してください。

入院をした保険医療機関等	名称	
③ 申請日の前1年間の入院期間 (日数)	所在地	
令和 年 月 日から		日間
令和 年 月 日まで		

名称	
所在地	

【個人番号の利用目的について】
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※ 個人番号を記入し、番号確認書類のコピーを添付の上、簡易書留等の追跡可能な方法で送付ください。
ただし、加入時など、既に番号確認書類を提出済みの方は、番号確認書類のコピーの添付は不要です。

判 定	認定証交付	データ入力
ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		