

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

①	被保険者証の記号番号	宮医		
組合員 (申請者)	住 所			
	氏 名		組合員の種類	第1種・第2種
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男・女
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
療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

② 本手続きに関するお問い合わせ先

不明な点や書類不備等があった場合、組合よりご連絡いたします。

組合員本人 電話番号: \_\_\_\_\_

組合員以外 氏名: \_\_\_\_\_

組合員との続柄: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

③ 認定証受取方法 (希望される受取方法に✓チェックしてください)

郵送での受取を希望する場合

送 付 先	
-------------	--

医師国保窓口での受取希望

④ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

〒

組 合 員 住 所  
(申請者)

氏 名

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

- ・ 自己負担限度額の判定に必要な所得(課税)情報は、組合が市町村との情報連携により取得する為、原則提出の必要はございません。
- ・ 非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超える場合、入院時の食事療養費の負担が軽減されますので、該当される方は組合までご連絡ください。

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

※ 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。

郵送先: 〒980-0805 仙台市青葉区大手町1-5 宮城県医師国保組合 宛

組合 記入欄	発行日 年 月 日		備考
	判定	ア・イ・ウ・エ・オ	
		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	