

**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**

北海道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。

令和 年 月 日

被保険者証の番号		道 医 ー						
申請者 (組合員)	住 所							
	氏 名				生年月日	年	月	日
	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	年	月	日
	個人番号 (マイナンバー)						組合員との続柄	

※住民税非課税世帯の方は以下を記入してください。

長期入院	該当 ・ 非該当						
申請日の前1年間の入院期間(日数) 及び 入院をした保険医療機関等							
①	年 月 日から	日間	名 称				
	年 月 日まで		所在地				
②	年 月 日から	日間	名 称				
	年 月 日まで		所在地				
③	年 月 日から	日間	名 称				
	年 月 日まで		所在地				

**【注意】**

\* 准組合員(従業員)が申請する場合、「組合員」をすべて「准組合員」と、読み替えてください。



## マイナ保険証の利用で

国民健康保険限度額適用認定証の申請が不要になります！

マイナ保険証(健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカード)を利用できるオンライン資格確認システムを導入している医療機関等では、医療機関ごと(入院・外来別、医科・歯科別)に窓口の支払が限度額までとなります。  
「国民健康保険限度額適用認定証」の申請や提示が不要になるメリットがあります。

### ◆ご利用にあたっての注意事項◆

- ※医療機関等に設置してある顔認証付きカードリーダーで「限度額情報の提供」に同意が必要です。
- ※オンライン資格確認システムに未対応の医療機関等では「国民健康保険限度額適用認定証」が必要になります。
- ※非課税世帯の方が直近12か月の入院日数が90日を超えた場合など、別途申請手続きが必要な場合があります。