

# 限度額適用認定証 記入の手引き

## 限度額適用認定申請書（見本）

<b>限度額適用</b> <b>国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書</b> <b>限度額適用・標準負担額減額</b>		<small>認定証等は自宅住所へ送付します 以下を希望する場合は○をつけてください</small> 1. 事業所 2. 所属組合 3. 代理人住所 <small>※組合員からの委任状が必要</small>	
<small>注意</small> ・料飲国保組合受付月の1日から有効の認定証を発行します ・交通事故などの第三者行為で認定証を使って治療する場合は料飲国保組合まで事前に届出が必要です			
<small>※太枠内を記入してください</small>			
記号番号	料	申請日	
組合員氏名 (指組合員氏名)	住所		
	氏名	印	生年月日
適用・減額 対象者	個人番号		
	氏名	生年月日	
	組合員との続柄	本人・家族	対象者年齢
	個人番号	長期入院 <small>前1年間の90日を超過した入院</small>	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 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）	年 月 日から 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
<small>【個人番号の利用目的について】 当組合では、組合員及び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、保険料の賦課及び給付事務で利用します。</small>			
<small>(国保組合記入欄)</small>			
<small>&lt;70歳未満&gt;</small>			
交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日
交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日
<small>&lt;70~74歳&gt;</small>			
交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日
交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日
有効期限	年 月 日	長期入院該当	年 月 日
個人	法人	番号確認	未・済
従来	特定	身元確認	未・済
備考		<small>業務理事 事務長 確認者 保険</small> <small>料飲国保組合印</small>	
		<small>発給日</small> 年 月 日	

## 対象者

・70歳未満の方

・70歳～74歳の方

（一部の方は高齢受給者証の提示のみで限度額が確認できるため、申請が不要場合があります。申請前に所属の料飲国保加入団体または料飲国保組合までお問い合わせください。）

## 記入例

入院等により医療費が高額になりそうとき……………2ページ

## 提出先

**所属の料飲国保加入団体**  
 (料飲国保加入団体一覧で確認してください。)

国民健康保険  
被保険者証

有効期限 令和〇〇年〇月〇日  
 記号 料 番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 核番 〇〇

上2桁の番号から  
確認できます

# 記入例

## 入院等により医療費が高額になりそうなとき

**①** (准)組合員の保険証記号番号と申請日の記入

・料飲国保組合受付月の1日から有効の認定証を発行します。

月末に申請される場合はご注意ください。受付日によっては翌月から有効分の発行となる場合があります。

**②** (准)組合員の住所、氏名等の記入、押印

・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。  
 ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。  
 ・個人番号の記入は不要です。  
 ・(准)組合員の自筆の場合のみ、押印は不要です。

**③** 限度額適用認定証が必要な方の氏名等の記入

・個人番号の記入は不要です。

**④** 申請日の前1年間に入院した保険医療機関等がある場合のみ記入

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  
 限度額適用・標準負担額減額

認定証等は自宅住所へ送付します  
 以下を希望する場合は○をつけてください  
 1. 事業所  
 2. 所属組合  
 3. 代理人住所※  
 ※組合員からの委任状が必要

注意 ・料飲国保組合受付月の1日から有効の認定証を発行します  
 ・交通事故などの第三者行為で認定証を使って治療する場合は料飲国保組合まで事前に届出が必要です

\* 太枠内を記入してください

記号番号	料 ○○○○ — ○○○○	申請日	○○○ 年 ○ 月 ○○ 日
組合員氏名 (准組合員氏名)	住所	○○市○○区○○町○○番地	
	氏名	料飲 太郎	生年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 男・女
	個人番号		
適用・減額 対象者	氏名	料飲 太郎	生年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 男・女
	組合員との続柄	本人・家族	対象者年齢 ○○ 歳
	長期入院	前1年間の90日を超えた入院	該当・非該当
	個人番号		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

【個人番号の利用目的について】 当組合では、組合員及び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、保険料の賦課及び給付事務で利用します。