

※住民税非課税世帯の方で、長期入院(過去1年以内に90日を超える入院)に該当される方のみ
ご記入ください。

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

【ご案内】

マイナ保険証(※¹)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(※²)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。

※¹ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※² 保険料に滞納がある方は、免除にならない場合があります。詳しくは国保給付係までお問い合わせください。