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

被保険者記号・番号				
世帯主	住　所			
	氏　名		生年月日	年　月　日
限度額適用減額対象者	氏　名		個人番号	
	世帯主との続柄		生年月日	年　月　日
長　期　入　院	該　当　・　非　該　当	交通事故等の第三者行為	有　・　無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計（　　日間）		

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	
		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	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）	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	
④	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	

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名
（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○○市長
○○　○○　殿

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。
※　電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ　市町村民税非課税証明書 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿　（　　） ニ　却下　（理由　　）	受付番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 認定等年月日 年　月　日
	差額支給　有　・　無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第　　号）	
	所得区分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ　・　低Ⅰ　・　低Ⅱ　・　現Ⅰ　・　現Ⅱ	