

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）				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						

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 _____

栃木県真岡市長 様

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						