

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)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	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)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	入院をした保険医療機関等		名称		
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
	入院をした保険医療機関等		名称		
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
	入院をした保険医療機関等		名称		

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		