

記入例

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号・番号		〇〇〇-〇〇〇				
世帯主	住所	栃木県真岡市荒町〇〇番地〇				
	氏名	真岡 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日		
限度額適用 減額対象者	氏名	真岡 太郎	個人番号			
	世帯主との続柄	世帯主	生年月日	昭和〇年〇月〇日		
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	日間
	入院をした保険医療機関等		年	月	日まで	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		年	月	日まで	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		年	月	日まで	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等		年	月	日まで	

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	個人番号は記入不要
電話番号		

太枠の中をご記入ください。

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	受付番号(第 交付番号(第 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿() ニ 却下(理由)()	
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	