

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 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	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 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	