

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		05-000000000		直近12ヶ月の入院日数が90日以上ある場合は、「該当」に○をつけてください。それ以外の場合は、「非該当」に○をつけてください。	
世帯主	住所	大田市大田町大田口1111		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
	氏名	大田 太郎		個人番号	0000 0000 0000
限度額適用 減額対象者	氏名	大田 花子		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
	世帯主との続柄	妻			
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 6年 1月 1日 から 120 日間 令和 6年 4月 30日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院	直近12ヶ月の入院日数が90日以上ある場合のみ、入院期間、入院日数、入院された医療機関名等を記入してください。	
	所在地	〇〇市〇〇町			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで			
	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 日間 令和 年 月 日 まで			
	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 日間 令和 年 月 日 まで			
	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。

申請日を記入してください

令和 年 月 日

住所 大田市大田町大田口1111

世帯主名 (申請者) 大田 太郎 個人番号 9999 9999 9999

電話番号 0854-82-1600  
島根県大田市長

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 令和 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	