

記入例

部分のみ記入してください。

国民健康保険

限度額適用認定証

標準負担額減額認定証

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号・番号		茨城 ・ 00〇〇〇〇〇〇 (00+数字6桁)			
世帯主	住 所	茨城町〇〇 〇〇番地			
	氏 名	茨城 太郎	交通事故や喧嘩等による負傷での治療の場合は有	生年月日	〇年〇月〇日
限度額適用減額対象者	氏 名	茨城 太郎		個人番号	0000 0000 0000
	世帯主との続柄	本人	生年月日	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。(入院日数が過去12ヶ月で90日を超える場合)				入院日数合計 (〇 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		〇年 〇月 〇日 から 〇日間 〇年 〇月 〇日 まで		
	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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	入院日数が過去12ヶ月で90日を超える場合は長期入院該当となるので記入			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日 から 日間 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)		年 月 日 から 日間 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。

提出日

〇年〇月〇日

住 所 茨城町〇〇 〇〇番地

世帯主名 (申請者) 茨城 太郎 個人番号 0000 0000 0000

電話番号 029-〇〇〇-〇〇〇〇

茨城県東茨城郡茨城町長

小林 宣夫 宛

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