

## 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		54 - 00000000				
世帯主	住所	四街道市鹿渡〇〇番地〇〇				
	氏名	四街道 太郎	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
限度額適用 減額対象者	氏名	四街道 太郎	個人番号			
	世帯主との続柄	本人	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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	
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
	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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 年 月 日 まで
	入院をした保険医療機関等	名称	

上下の太枠の中を  
記入してください

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。

令和〇年〇〇月〇〇日

住所 四街道市鹿渡〇〇番地〇〇

世帯主名

(申請者) 四街道 太郎 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 000-000-0000

四街道市長

鈴木 陽介 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		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( ) 二 却下(理由) ( )		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		