記入例

（第２５条の２、第２６条、第２８条関係）

限度額適用

険保険　　標準負担額減額　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号				
世帯主	住　所	桜川市〇〇町××番地		
	氏　名	桜川　太郎	生年月日	S〇〇.〇.〇
限度額適用減額対象者	氏　名	桜川　花子	個人番号	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	S〇〇.〇.〇
長　期　入　院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無	

世帯主：住所、氏名、生年月日
対象者：氏名、生年月日、続柄
のご記入をお願いいたします。

こ		てください。	入院日数合計（　　日間）
①		年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院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	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
		年　月　日から 年　月　日まで　日間	
		所在地	

届け出日、世帯主の住所、氏名、電話番号の
ご記入をお願いいたします。

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。

〇年　〇月　〇日

住　　所　桜川市〇〇町××番地

世帯主名（申請者）　桜川　太郎　　個人番号

電話番号　012-3456-7890

茨城県桜川市長
大塚　秀喜

桜川　二郎　123-4567-8901

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きがなく
高額療養費制度における限度額を超える支払い
限度額適用認定証の事前申請は不要とな
マイナ保険証をぜひご利用くださ
※ 電子資格確認に利用できる個人番号カードをいいます。

来庁者の氏名、電話番号の
ご記入をお願いいたします。

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	