

限度額適用  
 国民健康保険 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				
	氏名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
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					
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 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

茨城県桜川市長

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でき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