

標準負担額減額
国民健康保険 限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

太枠の中を記入してください。
(長期入院に該当する方は下記①～④も記入)

被保険者記号・番号		石・		令和 年 月 日 申請	
世帯主	住所	TEL () -			
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和・西暦		
		個人番号 [マイナンバー]			
対象者	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和・西暦		
		個人番号 [マイナンバー]			
	世帯主との続柄		※ 長期入院該当の食事療養費標準負担額減額		
長期入院 [年合計90日]	該当・非該当	← 「該当」又は「非該当」申請には、入院期間及び医療機関名の確認 に○を付けてください。 できる領収書等を添付してください。			
①	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		
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		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 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		
マイナ保険証を（マイナンバーカードを健康保険証として）使用する場合は、医療機関等の窓口で認定証【紙】の提示が不要のため、認定証の交付申請も不要です。 ただし、認定証【紙】を交付希望の方や長期入院該当者は、この申請書を提出してください。 ※随時受付しており、提出期限はありません。					

決定内容						決定年月日		
減額	該当		非該当			令和 年 月 日		
						課長	主査	担当
長期	該当		非該当					
限度額	ア	イ	ウ	エ	オ	備考		
	Ⅱ		Ⅰ					
	現役並みⅡ		現役並みⅠ					

受付	
----	--