

交付を希望する方に
(どちらも必要なと
きは両方に) ○を付
けてください。

	令和 6 年度用 (有効期限：令和7年7月31日)
	令和 7 年度用 (発効期日：令和7年8月1日以降)

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 令和・西暦	年 月 日	
		個人番号 [マイナンバー]			
対 象 者	氏 名	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年 月 日	
	世帯主との続柄	個人番号 [マイナンバー]			
		※ 長期入院該当の食事療養費標準負担額減額 申請には、入院期間及び医療機関名の確認 できる領収書等を添付してください。			
長期入院 [年合計90日]	該当・非該当	← 「該当」又は「非該当」 に○を付けてください。			
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			受 付
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						