

令和 7 年度

(発効期日：令和7年8月1日以降)

国民健康保険 標準負担額減額
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①～⑤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
		個人番号 [マイナンバー]			
	世帯主との続柄				
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	