

記載例

世帯主の情報を記入

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 岡崎市 長

(世帯主) 住所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏名 岡崎 太郎

マイナンバー (個人番号) 1234 - 5678 - 9012

(電話 0564 - 23 - 6000)

次のとおり関係書類を添えて次の認定証の交付を申請します。

認定証を作成されるかたの内容を記入

限度額適用認定証
食事(生活)療養標準負担額減額認定証
 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者証記号番号	1234-5678	マイナンバー (個人番号)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
減額対象者 (適用・減額対象者)	氏名	岡崎 花子	(S)	H	R	○年	○月	○日						
	世帯主との続柄	妻	長期入院	該当	非該当									
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為													

申請理由が交通事故など第三者行為によるものでなければ、「疾病等」にチェックを付けてください。

市民税非課税世帯のかたで認定証を作成されるかたが、申請月を含む過去12か月以内に91日以上入院している場合は長期入院の欄「該当」に丸をしていただき、それ以外のかたは「非該当」に丸をしてください。

②	(日数)	名称	
	入院をした保険医療機関等	所在地	
市区町村長が 証明する欄	次に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。		
	氏名	氏名	氏名
	令和 年 月 日		
市区町村長名 国			

市 処 理 欄	確認内容	イ 市町村民税非課税証明書	減額該当日	年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	長期該当日	年 月 日
		ハ 公簿 ()	長期該当91日	年 月 日
	確認年月日	年 月 日	低所得Ⅰ該当日	年 月 日
	減額非該当日	年 月 日	低所得Ⅱ該当日	年 月 日
	適用区分	若人 (<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ) 前期高齢者 (<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ)		

マイナ保険証の利用により、事前の手続きなく窓口負担を限度額までに抑えることが可能です。

限度額認定証の発行も不要となりますので是非ご利用ください。

※市民税非課税世帯のかたの長期該当認定については別途手続きが必要です。

受付印

受付	入力	決定
----	----	----

番号確認	本人確認
個人番号カード	運免 在留 障手 パスポート
通知カード	住基カ(写有) 他 ()
住民票 公簿	年手 保険証 医療受給証
	住基カ(写無) 他 ()
	学生証 他 ()