

記載例

国民健康保険 限度額適用（食事(生活)療養標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額）認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 岡 崎 市 長

こちらから連絡させていた
だく場合がありますので、
連絡の取りやすい電話番号
をご記入ください。

住所 世帯主の住所

氏名 世帯主の氏名

マイナンバー（個人番号） 世帯主のマイナンバー

(電話 ○○○○ - ○○ - ○○○○)

次のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者記号番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8	マイナンバー (個人番号)	認定を受けるかたのマイナンバー	
減 額 対 象 者 (適用・減額対象者)	氏名 <u>認定を受けるかたの氏名</u>			
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> H・R ○年 ○月 ○日	長期入院	該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当
	世帯主との続柄	<u>本人、妻 等</u>	該当日	R 年 月 日
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 交通事故等 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他			
申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年	月	日から	日まで 日間
② 入院をした保険医療機関等	名	市民税非課税世帯で認定を受けるかたが、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」欄の「該当」に○を、それ以外のかたは「非該当」に○を付けてください。		
	所在地			
③ 申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年	月	日から	日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		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 印		
市 処 理 欄	確 認 内 容	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 ()		
	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 <input type="checkbox"/> 減) 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)		

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✓を付けてください。

市民税非課税世帯で認定を受けるかたが、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」欄の「該当」に○を、それ以外のかたは「非該当」に○を付けてください。

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。
限度額適用認定証等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	入力	審査
----	----	----

番 号 確 認	本 人 確 認
マイナンバーカード 通知カード 住民票 公簿	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 他 ()
	年手 資格確認書等 医療受給証 他 ()
	学生証 他 ()

受付印

届出人署名
申請書を記載されるかたの氏名