

**国民健康保険**      **限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額**      **認定申請書**

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年    月    日	
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年    月    日	
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当		交通事故等の第三者行為    有 ・ 無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（          日間）		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年    月    日 から    年    月    日 まで          日間			
	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    年    月    日 まで          日間			
	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    年    月    日 まで          日間			
	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    年    月    日 まで          日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年          月          日

住      所 \_\_\_\_\_

世帯主名  
(申請者) \_\_\_\_\_ ⑨ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

後 志 広 域 連 合 長      様

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、  
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、  
マイナ保険証をぜひご利用ください。  
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号（第          号） 交付番号（第          号） 認定等年月日          年    月    日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿（          ） ニ 却下（理由          ）	
差額支給    有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第          号）	
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	