

※申請日を記入してください。

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

※申請者の名前を記入してください

令和 年 月 日

来庁者 世帯主・本人・()

世帯主	個人番号	被保険者証記号番号		嬉	
	住所	TEL - -			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
被保険者	個人番号	被保険者証記号番号		嬉	
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄				
	長期入院 該当 ・ 非該当				
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地		

※必要事項をご記入ください。被保険者は、限度額認定証を使用する人です。

※過去1年の間に長期入院(90日以上)がある場合、該当に丸を付けてください。

※長期入院に該当される場合、医療機関の名称、住所、入院期間を記入してください。

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)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。
	市区町村長名 印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

※市役所で記入する欄ですので、何も記入しないでください

申請日	.	交付日	No.	.	交付・送付
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ				

申請の際は、申請書とあわせて下記の書類も提出してください。

- ① 申請者の身分証明書の写し(運転免許証、マイナンバーカード、など顔写真があるもの)
- ② 被保険者(限度額認定証を使用される人)の保険証の写し
- ③ 委任状(被保険者、世帯主以外の方が受け取る場合)