

記載例

令和 年度 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

※太枠内は必ず記入してください。

被保険者 記号・番号	井福 - -	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
限度額適用 減額対象者		個人番号				
性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当	<input type="radio"/> 非該当		

この枠内には長期入院に該当する方（申請月を含む前1年間に90日を超える入院がある方）のみ記入してください。

①	申請の前1年	年 月 日から	入院日数合計 (日間)
		月 日まで (日間)	
<p>申請月以前12ヶ月中で、「限度額適用・標準負担額減額認定証」または「標準負担額減額証」の交付を受けている期間内の入院日数が90日を超える(91日以上)場合には、長期入院に該当します。</p> <p>「該当」に○をつけ、入院期間と入院した医療機関等の欄に記載してください。また、入院期間を証明する書類(入院した医療機関の領収書、入院証明書)が必要です。</p>			
②	入院した医療機関	所在地	で (日間)

マイナンバーカードに被保険者機能を登録した【マイナ保険証】を利用する場合、同一医療機関での支払いは限度額までとなるため、交付申請の届出は不要です。マイナ保険証をぜひご利用下さい。なお、住民税非課税世帯かつ上記長期入院に該当する方は申請が必要ですのでご注意ください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 (世帯主) 氏名

届出者 氏名 (自署)

個人番号 (電話)

福井市長あて

※ここから下は記入しないで下さい。

認定等	1. 住民税非課税証明書	区分	70歳未満	適用区分	上位(ア)・上位(イ)・一般(ウ)
	2. 公簿		高齢受給者	証発行種類	一般(エ)・非課税(オ)・未交付
	3. その他()		現役並み		減額証・限度額証・限度/減額証
証交付年月日	令和 . .		非課税		現役Ⅱ・現役Ⅰ
発行期日(開始年月)	令和 . .				低Ⅱ・低Ⅰ
長期入院該当年月日	令和 . .	備考		受付	証交付
有効期限	令和 . .				
	<input type="checkbox"/> 世帯主	世帯主の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 未
	<input type="checkbox"/> 同一世帯()	窓口に	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> 旅券
	<input type="checkbox"/> 代理人()	来た人の身元確認	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未

太枠内は必ず記載してください

世帯主の住所、氏名等署名の場合は押印不要です

世帯主以外が書く場合、届出者署名をお願いします