記入例

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

世帯主の氏名等を記入してください

被保険者記号・番号		００９９９９９９		
世帯主	住　所	大府市●●町▲丁目▼番地		
	氏　名	大府　太郎	生年月日	昭和●年　▲月　▲日
限度額適用減額対象者	氏　名	大府　花子	個人番号	1234 5678 XXX9
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和▲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入力してください。			入院日数合計	日間）

交付を希望される方の氏名等を記入してください

負傷の原因が相手方の関係する交通事故等の場合は「有」、それ以外の場合は「無」に○をつけてください

世帯主及び交付を希望される方の個人番号がわからない方は、別紙「個人番号確認同意書」の記入をお願いします

①	申請日の前１年間の入院期間（	月 月	
	入院をした保険医療機関等	称 所在地	
②	申請日の前１年間の入院	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	
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。

令和◆年▼月▼日

住　所　大府市●●町▲丁目▼番地

世帯主名
（申請者）　大府　太郎　　個人番号　9876 5432 XXX1

電話番号　０５６２－４５－ＸＸＸ９

大府市長
殿

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 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿　（ ニ　却下　（理由	受付番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 認定等年月日 年　月　日
	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	

記入不要