

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

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-------------|----------------------|-------|-------|
| 被保険者記号・番号 | | 青国 | | | |
| 世帯主 | 住 所 | 青森市 | | | |
| | 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 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名 称 | | |
| 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 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名 称 | | |
| 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 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名 称 | | |
| 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 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名 称 | | |
| ⑤ | 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 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名 称 | | |

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) _____

個人番号 _____

電話番号

青森市長

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 | | 受付番号 (第 交付番号 (第 認定等年月日 年 月 日 号) 号) 号) |
| | | 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 | | |

限度額適用

国民健康保険 標準負担額減額

認定申請書

記入例

限度額適用・標準負担額減額

| | | | | | |
|---------------------------|---|---------------|---|----------------|--|
| 被保険者記号・番号 | | 青国 99999999 | | | |
| 世帯主 | 住 所 | 青森市 新町1丁目3番7号 | | | |
| | 氏 名 | 国保 太郎 | 生年月日 | 昭和40年1月1日 | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏 名 | 国保 花子 | 個人番号 | 1234 5678 9012 | |
| | 世帯主との続柄 | 妻 | 生年月日 | 昭和45年12月31日 | |
| 長 期 入 院 | 該 当 · <input checked="" type="checkbox"/> 非 該 当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 · <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 年 月 日 まで | | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | | 年 月 日 から | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 年 月 日 まで | | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | | 年 月 日 から | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 年 月 日 まで | | |
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | | 年 月 日 から | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 年 月 日 まで | | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | | 年 月 日 から | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 年 月 日 まで | | |

太枠内にご記入ください。

- 区分才または低所得者Ⅱの該当となる方で、過去1年間に91日以上の入院があった場合は、長期入院の「該当」に○をし、入院日数を確認できる領収書等をご提示ください。
- 交通事故等の第三者行為の有無について、いずれかに○をしてください。

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8年 1月 5日

住 所 青森市新町1丁目3番7号

世帯主名
(申請者) 国保 太郎

個人番号 1234 5678 9012

電話番号 017-734-5343

青森市長

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 | | 受付番号 (第 交付番号 (第 認定等年月日 年 月 日 号) 号) 号) |
| | | 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 | | |