

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日			
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			
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		

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 _____

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) 交付番号(第) 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)	
	所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II		