

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）		<div> <div>年          月          日 から</div> <div>年          月          日 まで</div> <div>日間</div> </div>								
	入院をした保険医療機関等		名称								
			所在地								
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		<div> <div>年          月          日 から</div> <div>年          月          日 まで</div> <div>日間</div> </div>								
	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）		<div> <div>年          月          日 から</div> <div>年          月          日 まで</div> <div>日間</div> </div>								
	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）		<div> <div>年          月          日 から</div> <div>年          月          日 まで</div> <div>日間</div> </div>								
	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。

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 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	