

被保険者記号・番号		① 限度額適用・標準負担額減額認定証が必要な方の「氏名」、「続柄」、「生年月日」を記載してください。 ※ 複数名いらっしゃる場合は、お1人様につき1枚申請書が必要になります。			
世帯主	住所 氏名			個人番号	
限度額適用	氏名	〇〇 〇〇	個人番号		
減額対象者	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和50年 4月 1日	
長期入院	該当・非該当	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	日間	
	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)	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		
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		
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	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 8 年 4 月 1 日

住所 帯広市西〇条南〇丁目〇番地〇

世帯主名 (申請者) 〇〇 〇〇 個人番号 _____

電話番号 0123-45-6789

帯広市長
上野 庸介 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適用認定証の申請が可能です。
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。

③ 国保上の世帯主の方の「住所」、「氏名」、「電話番号」を記載してください。

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	