

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

令和7年度

被保険者記号・番号		帯広 - - ()			
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
限度額適用	氏名	個人番号			
減額対象者	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
	入院をした保険医療機関等	年	月	日	まで
	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
	入院をした保険医療機関等	年	月	日	まで
	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
	入院をした保険医療機関等	年	月	日	まで
	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
	入院をした保険医療機関等	年	月	日	まで
	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
	入院をした保険医療機関等	年	月	日	まで
	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	_____				
世帯主名 (申請者)	_____	個人番号	_____		
電話番号	_____				

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	