

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                 |                    | 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 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   | 年 | 月 | 日 |
| 住             | 所 |      |   |   |   |
| 世帯主名<br>(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<br>ロ 保護申請却下通知書<br>ハ 公簿 ( )<br>ニ 却下 (理由 ) | 受付番号 (第 号)<br>交付番号 (第 号)<br>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                  |                                          |