

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	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	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	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日 まで
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年	月	日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日 まで
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年	月	日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日 まで
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年	月	日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年	月	日 まで
		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	