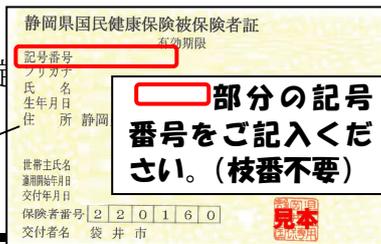


記入例

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額



被保険者記号番号			
世帯主	住所	袋井市新屋一丁目1番地の1 (世帯主様の住所)	
世帯主の内容で記入	氏名	袋井 太郎	(世帯主様の生年月日)
	個人番号	マイナンバー	大(昭)・平〇〇年××月△△日
入院等の診療を受ける方の内容で記入	氏名	袋井 花子	(診療を受ける方の生年月日)
	個人番号	マイナンバー	昭(平)・令××年××月××日
世帯主との続柄		子	電話番号 090-〇〇〇〇-××××

長期入院	世帯主から見た診療を受ける方の関係を記入	上位ア・イ一般ウ・...	診療を受ける方御本人の電話番号でなくても、この認定証を交付したことについて確認できる方であれば、世帯主様や他の御家族様の電話番号でも構いません。また、固定電話の番号でも、携帯電話の番号でも連絡の取れる先であれば、いずれでも構いません。
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	この部分は、 記入不要です。
	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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
第三者行為の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無	療養を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる行為が原因であれば有に〇を、そうでなければ無に〇を付けてください。

袋井市長 様

記入日 → 令和〇年〇月〇日

上記のとおり認定証の交付を申請します。

申請者住所	申請者の内容で記入 (世帯主や対象者と同じ場合は、「世帯主と同じ」「対象者と同じ」と記入でも可)
氏名	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。)