

# 記入例

a

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準 資格確認書の「記号番号」に印字された7桁の番号  
(先頭に「0」がある場合、0も記入)

被保険者記号番号		令和●年8月～更新分	
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	生年月日 (世帯主様の生年月日)
	個人番号	マイナンバー 不明の場合は空欄可	大(昭)・平〇〇年××月△△日
限度額適用 減額対象者	氏名	袋井 花子	生年月日 (診療を受ける方の生年月日)
	個人番号	マイナンバー 不明の場合は空欄可	昭(平)・令XX年YY月ZZ日
世帯主からの続柄		子	電話番号 090-0000-XXXX

入院等の診療を受ける方  
の内容で記入

世帯主から見た診療を受け  
る方の関係を記入

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。

過去12か月の間で、90日を超える入  
院日数がある方は、領収書等の入院日数  
がわかる書類の写しを提出ください。

**この部分は、  
記入不要です。**

長期入院	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 令和 年 年	月 日 日から 月 日まで	日間
①	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	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 ・ 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○を、そうでなければ無に  
○を付けてください。

記入日 → 令和○年○月○日

袋井市長 様

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。)