

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・標準負担額減額

被保険者記号・番号					
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		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					

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。

(あて先) さいたま市長

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主名

(申請者) \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入して下さい。

申請者氏名	住所	□世帯主と同じ

申請者の本人確認			
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金証書
□*			

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

マイナ保険証で、限度額適用認定証の申請が不要となり、高額療養費の限度額超過分が免除されます。