

**限度額適用**  
**国民健康保険 標準負担額減額**  
**限度額適用・標準負担額減額**  
**認定申請書**

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			
		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			
		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			
		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			
		所在地			
⑤	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			
		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 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 (申請者) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

会津若松市長あて

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	