

限 度 額 適 用
国 民 健 康 保 険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 交 付 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額

記号・番号		君 津 12345678	令和 年 月 日 一般 ・退本・退扶	
世 帯 主	住 所	君津市 久保2丁目13番1号		
	氏 名	君津 太郎	生年月日	明・大 25年 1月 1日 昭・平
	個人番号	123456789123		
限度額適用 減額対象者	氏 名	君津 花子	生年月日	昭・平 30年 2月 2日 令
	個人番号	123456789123		
	世帯主との続柄	妻	電話番号	0439-〇〇-〇〇〇〇

境 界 層	該当・非該当
-------	--------

長期入院	該当・非該当	入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
申請をした月以前の12か月以内の入院日数（限度証の区分「オ」又は「低II」の限度証交付期間中に係る場合のみ）が90日を超える場合は、申請することによって「長期該当」になり、食事代が減額されます。該当する場合は、確認できる書類（病院の領収書など）を申請書と合わせてご提出下さい。			
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

認定証の送付先を医療機関等に変更する場合は記入してください。		
送 付 先	所 在 地	
	名 称	
	電 話 番 号	

届 出 人	本人・親族(同居・別居)・代理人()	
本 人 確 認	有	免許証・マイナンバーカード・在留カード パスポート・資格確認書・診察券・通帳 キャッシュカード・他()
	無	

交付決定年月日	受付	確認1	確認2
令和 年 月 日			

事務処理欄

この部分の記入をお願いします。

希望があれば記入してください。