

アの各項目にご記入・押印ください。窓口にお越しの方が適用対象者と同一世帯でない場合、下記のⅢの各項目にもご記入・押印ください。

限度額適用  
標準負担額減額  
額適用・標準負担額減額

認定申請 **記入例**

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

**ア**

被保険者証記号番号		〇〇〇〇〇〇〇〇	
世帯主	住所	立山町前沢2440	
	氏名	立山 一郎	<b>立山</b>
	個人番号	111222333444	
適用(減額)対象者	氏名	立山 花子	<b>立山</b>
	生年月日	昭和・平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	個人番号	555666777888	
	世帯主との続柄	妻	男 <b>女</b>

**イ**

長期入院 (90日を超える)	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当		
①	申請日の前1年間の入院日数	平成〇〇年2月1日から 令和〇〇年5月30日まで	91日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	〇〇病院 〇〇市△△567番地

限度額の適用対象者が申請日以前の1年間で90日を超える入院をしている場合、イの項目にもご記入ください。なお、入院日数がわかる医療機関の領収書等を確認させていただく場合があります。  
※この限度額適用・標準負担額減額の適用には、上記要件の他、所得区分が非課税世帯の場合に適用となります。

※なお、介護保険施設等に入所(院)している場合、国民健康保険の限度額証の長期入院には該当しませんので、記載不要です。

②	日数	日から	日間
		日まで	
③	名称		
	所在地		
④	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	

ウの項目にご記入された方の身分証明書(免許証、マイナンバーカード等)をご提示ください。

非課税確認	1. 課税台帳	2. 申告書	3. その他( )
-------	---------	--------	-----------

**ウ**

上記世帯以外の方による申請である場合、ご記入ください。

申請者の

住所 〒〇〇〇-〇〇 立山町前沢新町3015

氏名 立山 太郎 **立山** 子

個人番号 111122223333

電話 076-463-0001

適用対象者との続柄