

限度額適用・標準負担額減額

|                           |                    |                         |             |                |              |
|---------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|----------------|--------------|
| 被保険者記号・番号                 |                    | 富津 000000               |             |                |              |
| 世帯主                       | 住所                 | 富津市下飯野2443番地            |             |                |              |
|                           | 氏名                 | 富津 太郎                   | 生年月日        | 令和〇年 〇月 〇日     |              |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏名                 | 富津 太郎                   | 個人番号        | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 |              |
|                           | 世帯主との続柄            | 本人                      | 生年月日        | 令和〇年 〇月 〇日     |              |
| 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<br>年 月 日 まで |             |                |              |
|                           | 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<br>年 月 日 まで |             |                |              |
|                           | 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<br>年 月 日 まで |             |                |              |
|                           | 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<br>年 月 日 まで |             |                |              |
|                           | 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。

令和〇年 〇月 〇日

住所 富津市下飯野2443番地

世帯主名

(申請者) 富津 太郎

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

電話番号 0000-00-0000

千葉県富津市長

高橋 恭市 様

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                         | 受付番号 (第 号)                 |
|     |      | ロ 保護申請却下通知書                           | 交付番号 (第 号)                 |
|     |      | ハ 公簿 ( )                              | 認定等年月日                     |
|     |      | ニ 却下 (理由 )                            | 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 |                            |