

- ・こちらは国民健康保険をご利用の方の、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請書です。
- ・交付される認定証の有効期間は、通常、申請月の1日から国民健康保険保険証の有効期限までです。
- ・国民健康保険税に未納がある場合、限度額認定証の発行はできません。

様式第10号（第24条、第25条の2、第26条、第28条、第28条の2関係）

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書
 標準負担額減額 兼
 限度額適用・標準負担額減額 入院日数届出書

課長	係

被保険者記号番号	記号	みらい	番号	
世帯主	住所	つくばみらい市		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
長期入院	該当・非該当			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院合計日数	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 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 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 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 所 在 地	

上記のとおり申請します。

住所 つくばみらい市

令和 年 月 日

氏名
(世帯員)

つくばみらい市長 様

電話番号

保険者 処理欄	認定等	ア 市町村民税非課税証明書 イ 保護申請却下通知書 ウ 公簿() エ 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	標準負担額差額支給台帳受理番号 (第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は省略できる。

→入院期間の欄は、過去十二か月間の入院日数合計が九十日超かつ住民税非課税世帯の方のみご記入ください。