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

被保険者記号・番号		みらい			
世帯主	住所	つくばみらい市			
	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、長期入院該当者の未記入してください。				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　年　月　日（　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　年　月　日（　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　年　月　日（　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　年　月　日（　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　つくばみらい市

世帯主名　　個人番号

申請者名

電話番号

茨城県つくばみらい市長

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、マイナ保険証を是非ご利用ください。※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	市町村民税非課税証明書・保護申請却下通知書・公簿・却下（理由　　）	受付番号（　号） 交付番号（　号） 認定等年月日（　　）
	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（　　号）	
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	

記入例

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

被保険者記号・番号		みらい　０００００００		
世帯主	住所	つくばみらい市　福田１９５		
	氏名	未来　太郎	生年月日	昭和　〇年　〇月　〇日
限度額適用減額対象者	氏名	未来　花子	個人番号	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和　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、長期入院該当者の未記入してください。			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　年　月　日（　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	
	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　年　月　日（　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　年　月　日（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

交通事故等で受診される場合は
「有」に〇をしてください。

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　つくばみらい市　福田１９５
世帯主名　未来　太郎　　個人番号
申請者名　未来　花子
電話番号　0297-58-2111

茨城県つくばみらい市長

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、マイナ保険証を是非ご利用ください。※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	市町村民税非課税証明書・保護申請却下通知書・公簿・却下（理由　）	受付番号（　号） 交付番号（　号） 認定等年月日（　）
	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（　号）	
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	