

記入見本

※ご案内

マイナンバーカードを健康保険証として利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。(長期入院の申請を除く)

事故など他人の行為による疾病・けがで医療機関にかかっている場合は「有」を選択してください。

限度額適用減額対象者	氏名	マイナンバーをご記入下さい。 ※未記入でも申請できます。	個人番号	1111 2222 3333
	世帯主との続柄		生年月日	年
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 ( 91 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和8年 9月 1日 から		91日間
		令和8年 11月 30日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称	小平病院	
		所在地	東京都小平市花小金井1丁目8番1号	
②	申請 入院	申請月	年月日から	日間
		入院	年月日まで	
③	申請 入院	申請月	年月日から	日間
		入院	年月日まで	
④	申請日の前1年間の入院期間 (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		

申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○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。

令和 8 年 月 日

住所 東京都小平市小川町2丁目1333番地

世帯主

(申請者) 国保 太郎

個人番号 1111 2222 3333

電話番号 042-346-9529

ご記入いただいた内容について、こちらから確認をさせていただく場合がありますので、電話番号も忘れずにご記入ください。

携帯電話の番号でも構いません。

れば、事前の手超える支払いがとなりますので、ください。

個人番号カードをいいます。

マイナンバーをご記入下さい。  
※未記入でも申請できます。

原則、申請月(申請書の収受月)の1日から有効な証を発行します。

遡及を希望する場合は、保険年金課にお問い合わせいただいたうえで、事前にご相談いただいた旨を余白にご記入ください。なお、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

所得区分

ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II