

《記入見本》

※修正液、消せるボールペンは使用しないでください

国民健康保険 限度額適用
食事療養標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額
生活療養標準負担額減額

被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。

被保険者証記号番号	02-00・1234		
世帯主	住所	中央区築地1-1-1	
	氏名	中央 太郎	生年月日 昭和◆◆年◆◆月◆◆日
限度額適用減額対象者	氏名	中央 花代	個人番号 123456789012
	世帯主との続柄	妻	生年月日 昭和◇◇年◇◇月◇◇日
長期入院	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当	交通事故等の第三者行為	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
以下の欄は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (98 日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和7年10月1日から 61日間 令和7年11月30日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	●●病院
		所在地	◆◆区▲▲町1-2-3
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和7年12月1日から 37日間 令和8年1月6日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	■●病院
		所在地	●●市▲▲町4-5-6
③	数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	名称		
	所在地		
④	数)	日から 日間 日まで	
	名称	世帯主の住所、氏名、個人番号、電話番号をご記入ください。	
	所在地		

認定証が必要な方の氏名、個人番号(マイナンバー)、生年月日、世帯主との続柄をご記入ください。
※長期入院欄 住民税非課税世帯で申請日の前1年間に入院日数が90日を超える場合には該当に丸をしてください。

長期入院に該当する場合は、こちらでも記入のうえ、入院日数が確認できる書類(医療機関等の領収書)を提出してください。

世帯主の住所、氏名、個人番号、電話番号をご記入ください。

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 中央区築地1-1-1
世帯主名(申請者) 中央 太郎 個人番号 234567890123
電話番号 ●●(●●●●)●●●●

(宛先) 中央区長

代理人(送付先)	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人をこの申請に係る証の送付先に指定する場合は、チェック✓をいれてください。
住所	◆◆県●●市▲▲町■-■-■
氏名	中央 湊 続柄 (子)
電話	●●●(●●●)●●●●

入院等により自宅で受取れない方はご記入ください。
なお、病院等に郵送をご希望の場合は、送付先施設の了承を取っていただくようお願いいたします。

申請手続きをするときにはマイナンバーと本人確認が必要です。
(郵送の場合は書類のコピーを同封してください)

マイナンバーのわかる書類とは

つぎのうち、いずれか 1点

- ・マイナンバーカード (個人番号カード)
- ※マイナンバーカードは、本人確認書類になります
- ・通知カード
- ・マイナンバーの記載がある住民票



マイナンバーカード



通知カード

※郵送の場合は、表面・裏面のコピー

本人確認書類とは

つぎのうち、いずれか 1点

- ・マイナンバーカード
- ・パスポート
- ・運転免許証、運転経歴証明書
- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳
- ・精神障害者保健手帳 (愛の手帳)
- ・特別永住者証明書
- ・在留カード
- ・住民基本台帳カード (顔写真付)
- ※有効期限内のものに限る

または

つぎのうち、いずれか 2点

- ・健康保険の資格確認書
- ・介護保険の被保険者証
- ・年金手帳
- ・児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書
- ・住民基本台帳カード (顔写真無し)
- ・官公署または行政機関から発行された書類 (氏名と生年月日または住所の記載があるもの)
- ※有効期限内のものに限る