

国民健康保険 限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

受付印	
記入例	
受付	確認

被保険者記号・番号	3 1 - 01 - 1234 (枝番) 02				
限度額適用減額対象者	氏名	調布 花子			
	個人番号 (マイナンバー)	マイナンバー不明の場合は、空欄可。		第三者行為 (※交通事故・傷害事 件など)	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
	世帯主 との続柄	子	生年月日	令和8年 1月 1日	

区分「オ」「低Ⅱ」で、過去1年間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方は、以下にご記入ください。

長期入院		<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	適用年月日	年	月	日
①	申請日前1年間の入院期間(日数)	令和7年 5月 31日 ~ 令和7年 9月 3日		計 96 日		
	入院をした保険医療機関等	名称	○×病院			
		所在地	調布市小島町2-△△-□			
②	申請日前1年間の入院期間(日数)	年		計 日		
	入院をした保険医療機関等	名称	所得区分「オ」「低Ⅱ」(住民税非課税世帯の方)で過去1年間の入院日数が90日以上の場合に記入が必要です。			
		所在地				
③	申請日前1年間の入院期間(日数)	年		計 日		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり認定証の交付を申請します。 2025 年 10 月 1 日

申請者	調布 太郎	世帯主との関係	本人	電話番号	090 1234 56××
-----	-------	---------	----	------	---------------

住 所 調布市 小島町2-35-1

世帯主名 調布 太郎 個人番号 マイナンバー不明の場合は、空欄可。

電話番号 042 (481) △△□□

調布市長 宛

マイナ保険証を利用し、医療機関の窓口でご確認いただければ、認定証がなくても、自己負担限度額が適用されます。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。

(以下、保険者記入欄) ※記入不要

新規・再交付・区分変更・市内転居・主変更・氏名変更・長期切替・その他		滞納確認	なし・あり
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		(※あり) 連絡・案内 □
判定区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ		担当 ()