

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	
受付	確認

被保険者記号・番号		3 1 - - (枝番)				
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号 (マイナンバー)	第三者行為 (※交通事故・傷害事 件など)	有 ・ 無
	世帯主 との続柄			生年月日	年 月 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		該当・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)	年 月 日 ~ 年 月 日		計 日	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日		計 日	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日		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。 年 月 日

申請者		世帯主 との関係		電話番号	
-----	--	-------------	--	------	--

住 所 _____

世帯主名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

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 ()