

限度額適用・標準負担額減額

焼津市長 宛

申請者 (世帯主)	住 所												
	氏 名												
	個人番号												
	電 話												
届出人 続柄 連絡先													

交付を申請する認定証

- ☐ 限度額適用認定証
- ☐ 標準負担額減額認定証
- ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号・番号		個人番号																	
限度額適用 減額対象者	氏 名		世帯主との続柄																
	生年月日																		

長期入院		(該当 ・ 非該当)	長期入院該当日	年	月	日
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から
			年	月	日	まで
	日間					
②	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から
③	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から
④	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から
⑤	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年	月	日	から

市 処 理 欄	確 認 内 容	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 国民健康保険税 ホ. 却下 (理由:)				確認者氏名 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日	
	決 裁	課 長	主 幹	係 長	担 当	確 認 書 類 第 三 者 保 免 マ 外 有 ・ 無 年 限 介 そ の 他	

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。