

令和    年    月    日

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

|                |               |                                                    |   |   |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                |      |  |
|----------------|---------------|----------------------------------------------------|---|---|--|--|--|------|----------------------|---------------------|--|--|----------------|------|--|
| 被保険者記号番号       |               | 0                                                  | 7 | — |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                | 電話番号 |  |
| 世帯主            | 住所            | 〒    —    小田原市                                     |   |   |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                |      |  |
|                | 氏名            |                                                    |   |   |  |  |  | 生年月日 | 3 昭和<br>4 平成         | 年    月    日 (    歳) |  |  |                |      |  |
|                | 個人番号 (マイナンバー) |                                                    |   |   |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                |      |  |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名            |                                                    |   |   |  |  |  | 生年月日 | 3 昭和<br>4 平成<br>5 令和 | 年    月    日 (    歳) |  |  |                |      |  |
|                | 個人番号 (マイナンバー) |                                                    |   |   |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                |      |  |
|                | 世帯主との続柄       |                                                    |   |   |  |  |  |      | 長期入院 (直近1年・91日以上)    |                     |  |  | 該当    ・    非該当 |      |  |
| 申請理由           |               | 1    疾病等    2    第三者行為 (事故・けんか等)    3    業務上の事由・通勤 |   |   |  |  |  |      |                      |                     |  |  |                |      |  |

以下は、申請日の前1年間の入院期間が合計91日以上の場合のみ記入してください。

|   |                    |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
|---|--------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 年    月    日 ~    年    月    日 (    日間) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 日数確認           |  |
|   | 入院をした保険医療機関等       | 名称                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
|   |                    | 所在地                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 年    月    日 ~    年    月    日 (    日間) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 領収書            |  |
|   | 入院をした保険医療機関等       | 名称                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
|   |                    | 所在地                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | 年    月    日 ~    年    月    日 (    日間) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | レセプト<br>(    ) |  |
|   | 入院をした保険医療機関等       | 名称                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |
|   |                    | 所在地                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |

|                 |                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 市区町村長が<br>証明する欄 | 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の市 (区) 町村民税が課されないことを証明する。 |
|                 | _____ : _____ : _____                                                       |
|                 | 令和_____年_____月_____日    市区町村長名    印                                         |

|         |                                                    |                                   |       |                  |                                 |                      |                                         |                   |  |                       |  |
|---------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|-------------------|--|-----------------------|--|
| 市処理欄    |                                                    |                                   |       |                  |                                 |                      |                                         |                   |  |                       |  |
| 認定      | 1    認定する    (    新規    ・    切替    ・    紛失再発行    ) |                                   |       |                  |                                 | 2    却下する (理由 :    ) |                                         |                   |  |                       |  |
|         | 区分                                                 | 限度額適用                             | 70 未満 | ア    イ    ウ    エ |                                 | 保険料                  | 未納あり (    期分)                           |                   |  |                       |  |
|         |                                                    |                                   | 70 以上 | 現役並みⅠ    現役並みⅡ   |                                 |                      | (    領収書    口座振替    徴収班    ) 確認済み / 未確認 |                   |  |                       |  |
|         |                                                    | 限度額適用・標準負担額減額                     | 70 未満 | オ                | 長期非該当                           |                      | 申告                                      | 未申告 (    年1~12月分) |  |                       |  |
|         |                                                    |                                   | 70 以上 | 低Ⅰ<br>低Ⅱ         | 長期該当 (    月    日)<br>※「オ」「低Ⅱ」のみ |                      |                                         | 対象者 (    )        |  |                       |  |
| 標準負担額減額 |                                                    |                                   |       |                  |                                 | 備考                   |                                         |                   |  |                       |  |
| 交付日     |                                                    | 令和    年    月    日 (お渡し    月    日) |       |                  |                                 |                      |                                         | 交付方法 (対応者)        |  | 窓口 (    ) ・ 郵送 (    ) |  |

備考1 「市区町村長が証明する欄」は、申請日の属する年の1月1日 (申請日の属する月が1月から7月までの場合は、その前年の1月1日) 現在、小田原市にお住まいの方で、非課税の事実が課税台帳等で確認できる場合は、必要ありません。

2    国民健康保険料の滞納がある世帯には、限度額適用の認定をすることができない場合があります。

マイナ保険証 (※) を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。  
※保険証利用登録済みのマイナンバーカード

|      |                                   |                       |      |       |
|------|-----------------------------------|-----------------------|------|-------|
| 来庁者  | 同一世帯 / 別世帯 (委任状    誓約書    登記事項証明) |                       | 申請受付 |       |
| 1点確認 | 国資・免許・免歴・パ・個・障・療・在・特・他 (    )     | 発行番号 :                | 本庁   |       |
| 2点確認 | 後資・介・年手・年証・マ親・他 (    )            | 有効期限 :    年    月    日 | 住民窓口 | マ・い・こ |