

|                           |                   |                 |                                          |
|---------------------------|-------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 被保険者記号・番号                 |                   | 古河 01234567     |                                          |
| 世帯主                       | 住所                | 古河市■■■1234 番地   |                                          |
|                           | 氏名                | 古河 太郎           | 生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日                          |
| 限度額適用                     | 氏名                | 古河 桃子           | 個人番号 132312456789                        |
| 減額対象者                     | 世帯主との続柄           | 妻               | 生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日                          |
| 長期入院                      | 該当・非該当            | 交通事故等の第三者行為     | 有・無                                      |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 |                   |                 | 入院日数合計（ 日間）                              |
| ①                         | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 年 月 年 月         | 交通事故等の有無を記入<br>※有の場合は、別にご提出いただく書類がございます。 |
|                           | 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 日から 年 月 日まで | 日間                                       |
|                           | 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 日から 年 月 日まで | 日間                                       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 名称 所在地          |                                          |
| ④                         | 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                                       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 名称 所在地          |                                          |

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。

令和〇〇年〇月〇〇日

住所 古河市■■■1234 番地

世帯主名

(申請者) 古河 太郎 個人番号 918276564738

電話番号 0280(■■)■■■■

古河市長 宛て

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。※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

|     |          |                                                      |                                        |
|-----|----------|------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 処理欄 | 認定等      | イ 市町村民税非課税証明書<br>ロ 保護申請却下通知書<br>ハ 公簿（ ）<br>ニ 却下（理由 ） | 受付番号（第 号）<br>交付番号（第 号）<br>認定等年月日 年 月 日 |
|     | 差額支給 有・無 |                                                      | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）              |
|     | 所得区分     | ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ                                |                                        |
|     |          |                                                      |                                        |