

**国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書**  
**標準負担額減額認定**

(宛先) 函館市長

下記のとおり申請します。

届出日	令和 年 月 日	被保険者 記号番号			
世帯主	住所	函館市 町 丁目 番(地) 号			
	氏名	電話番号			
		個人番号			
対象者	氏名	生年月日	昭 平 令 年 月 日		
	世帯主との続柄	個人番号			
<input type="checkbox"/> 下記届出人に資格確認書, 資格情報のお知らせまたは認定証を預け, 申請および受取を委任します。					
届出人 <small>※世帯主と異なる場合に記入してください。</small>	住所				
	氏名	生年月日	昭 平 令 年 月 日		
	世帯主との関係	電話番号			
		限 度 額 証 受 領 確 認			

◆◆マイナンバーカードの保険証利用について◆◆

保険証利用登録をしたマイナンバーカードを使用してオンライン資格確認を導入している医療機関を受診し、情報提供に同意する場合は、『限度額適用認定証』がなくても自己負担限度額が適用されます。

ただし、過去12ヶ月間の入院日数が91日以上食事代の減額については、長期入院該当日の確認できる限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書の申請が必要となります。

長期入院	該当・非該当	※過去1年間で91日以上			
申請日の前1年間の 入院日数		年 月 日 ~ 年 月 日 日間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
入院をした 保険医療機関等	名 称				
	所在地				

処 理 欄 (受付担当者記載)

適用区分	70歳未満	ア	課税 901万円超	発効期日 (当月1日)	令和 年 月 日	確 認  <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他  <input type="checkbox"/> 聞き取り
		イ	課税 600万円超901万円以下	有効期限	令和 年 月 日	
		ウ	課税 210万円超600万円以下	長期発生日 (91日目)	令和 年 月 日	
		エ	課税 210万円以下	長期入院該当 (翌月1日)	令和 年 月 日	
		オ	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 離職者非課税	保険料滞納	有・無 ※5期以上滞納がある場合→有	
	70歳以上		低II・低I	現役II・現役I	備考	

(※本庁担当者記入欄)

受付	本 庁	湯 川	銭 亀 沢	亀 田	戸 井	恵 山	樫 法 華	南 茅 部
----	-----	-----	-------	-----	-----	-----	-------	-------

入 力	検 証