

記入例

限度額適用 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額			
被保険者記号・番号			
世帯主	住 所	太宰府市△△△△ ○丁目□番◇号	
	氏 名	太宰府 太郎	生年月日
限度額適用 減額対象者	氏 名	太宰府 花子	個人番号
	世帯主との続柄	妻	生年月日
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）	令和 年 月 日 から	日間
		令和 年 月 日 まで	

太枠内のみ記入してください。

(4)	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 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。

住 所	太宰府市△△△△ ○丁目□番◇号	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
世帯主名 (申請者)	太宰府 太郎	個人番号
電話番号	092-○○○-○○○○	

福岡県太宰府市長

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	受付番号（第 号）
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号（第 号）
ハ 公簿 ()	認定等年月日		
ニ 却下 (理由) ()	令和 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		