様式第10号（第24条、第26条関係）

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		美浦			
世帯主	住　所				
	氏　名			生年月日	
限度額適用 減額対象者	氏　名			個人番号	
	世帯主との続柄			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）	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	
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。

年　月　日

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名
（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

茨城県稲敷郡美浦村長

殿

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 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿　（　　） 二　却下　（理由　　）	受付番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 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	