

記載例

|                           |                   |                          |             |                |  |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|----------------|--|
| 被保険者記号・番号                 |                   |                          |             |                |  |
| 世帯主                       | 住所                | 四万十市中村大橋通4丁目10番地         |             |                |  |
|                           | 氏名                | 国保 太郎                    | 生年月日        | 昭和61年2月2日      |  |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏名                | 国保 花子                    | 個人番号        | 0000 0000 0000 |  |
|                           | 世帯主との続柄           | 妻                        | 生年月日        | 平成2年3月1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<br>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                      |             |                |  |
| ②                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から<br>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                      |             |                |  |
| ③                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から<br>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                      |             |                |  |
| ④                         | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から<br>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申請します。

令和 8 年 2 月 24 日

住 所 四万十市中村大橋通4丁目10番地

世帯主名 国保 太郎

(申請者) (国保 花子)

個人番号 0000 0000 0000

電話番号 000-0000-0000

四万十市長 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<br>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 |  |  |