

太枠内のみ記入して下さい。

記号番号		区分		一般・退本・退扶	
世帯主	住所	(〒 -) TEL () -			
	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			
届出者	住所	(〒 -) TEL () -			
	氏名	世帯主との続柄			
送付先	住所	(〒 -) TEL () -			
	氏名				

※送付先は、世帯主の住所と異なる場合のみ記入してください。

長期入院	該当・非該当	入院期間 (日数) 確認	領収書・入院証明書・端末 (レセ) 確認	医療機関へ電話確認
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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関	名称	印	
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関	名称	印	
		所在地		

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。

発効年月日	年 月 日	証交付年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日	滞納の有無	有・無
本庁受付印	支所受付印	資格確認	有・無
		身分確認	有・無
		第三者行為の有無	有・無
		課税区分	支所受付者
			交付者