

## 限度額認定申請 記入例（被保険者用）

|                           |                   |                      |                                 |
|---------------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|
| 被保険者記号・番号                 |                   | 常総 012345            |                                 |
| 世帯主                       | 住所                | 常総市〇〇町 1234 - 5      |                                 |
|                           | 氏名                | 東西 太郎                | 生年月日 平成〇年〇月〇日                   |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏名                | 東西 花子                | 個人番号 <del>XXXXXXXXXX</del>      |
|                           | 世帯主との続柄           | 本人、妻、子など             | 生年月日 平成〇年〇月〇日                   |
| 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<br>所在地            | 長期入院（90日以上入院）に<br>該当する場合は「該当」に○ |
| 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<br>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<br>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<br>所在地            |                                 |

資格情報のお知らせ等に記載されている番号をご記入ください。

怪我の原因が交通事故、仕事  
中の怪我など第三者行為によ  
る負傷の場合は「有」に○

世帯主の印鑑  
(捨印)

印

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 常総市〇〇町 1234 - 5 令和〇年 〇月 〇日

世帯主名 (申請者) 東西 太郎 個人番号 ~~XXXXXXXXXX~~

電話番号 012-2345-6789

茨城県常総市長

神達 岳志 殿

日中繋がりがやすい電話番号をご記入ください。

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。

記入不要

## 【郵送で申請する場合】

申請の前に必ず健康保険課までご連絡ください。(電話：0297-23-2111 内線：1211)

○郵送していただくもの

- ・申請書
- ・資格情報のお知らせまたは資格確認書の写し
- ・申請者の身分証明書の写し（運転免許証など、裏面の記載もある場合は裏面も）

健康保険課で書類を受領後、書類等を審査し、問題がなければ1～2週間後に送付します。