


 収受印

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

太枠の中を記入してください

令和 年 月 日	
(提出先) 平塚市長	
申請者(世帯主)	個人番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	住所 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	電話番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
代理人	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 続柄 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	電話番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>
次のとおり認定証の交付を申請します。	
被保険者	記号 0 4 番号 <input style="width: 100%;" type="text"/> 枝番 <input style="width: 100%;" type="text"/>
認定対象者 氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日
個人番号	<input style="width: 100%;" type="text"/> 世帯主との続柄 <input style="width: 100%;" type="text"/>
長期入院※①	該当・非該当 第三者行為※② 有・無

※① 長期入院(市民税非課税世帯に属する状態での入院日数が申請月を含む過去12か月間に90日を超える)に該当する場合には、「該当」に○をしてください。また、その場合には下記の欄にも記入してください。その際には、入院の事実が確認できる領収書などを添付してください。

※② 第三者行為とは、交通事故(自損事故を含む)やけんか等の相手のいる怪我、労災等のことを示し、その怪我によって医療機関にかかる場合には「有」に○をつけてください。

国民健康保険税の滞納がある世帯には、限度額適用を認定できない場合があります。

長期入院記入欄(※①該当者のみ)

①	申請日の前の	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした 保険医療機関等	名称 所在地
②	申請日の前の	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした 保険医療機関等	名称 所在地
入院日数の合計		日間

保険年金課処理欄

認定根拠区分	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認	発行証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証				
	<input type="checkbox"/> 証明書・領収書などの添付		<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証				
	<input type="checkbox"/> 滞納有一支払済	適用区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 未申告(ア)			
	<input type="checkbox"/> 遡及()確認済		70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ			
記載年月日	有効期限	令和 . .	備考	在留資格 国民健康保険資格取得後		<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上	
	交付年月日	令和 . .		<input type="checkbox"/> 70歳到達	交付	入力	審査
	発効期日	令和 . .		<input type="checkbox"/> 75歳到達	郵送		
	長期入院該当	令和 . .					

収受印

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

記入例

太枠の中を記入してください

・申請日 ①

- ・世帯主の個人番号(マイナンバー) ②
 - ・世帯主の住所
 - ・世帯主の氏名
 - ・世帯主の電話番号
- ※一人世帯等で別途緊急連絡先が必要な方は、以降の代理人欄を記入してください。

令和 6 年 12 月 2 日

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	平塚市浅間町9番1号											
氏名	平塚 太郎											
電話番号	0463	-	23	-	1111							
代理人	氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____											

次のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者	記号	0	4	番号	0	1	2	3	4	5	6	枝番	0	2
認定対象者氏名	平塚 花子				生年月日	昭・平・令 50年 7月 1日								
個人番号	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	世帯主との続柄	妻
長期入院※①	該当 <input type="radio"/> 非該当 <input checked="" type="radio"/>				第三者行為※②	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>								

- ・被保険者証の番号・枝番 ③
- ・対象者の氏名
- ・対象者の個人番号(マイナンバー)
- ・対象者の生年月日
- ・対象者の世帯主との続柄 (世帯主=本人、長男=子など)

※① 長期入院(国民健康保険非課税世帯に属する状態での入院日数が申請月を含む過去12か月間に90日を超える)に該当する場合には、「該当」を選択してください。また、その場合には下記の欄にも記入してください。ただし、入院の事実が確認できる領収書などを添付してください。

※② 第三者(交通事故(自損事故を含む)やけんか等の相手のいる怪我、労災等の業務上の怪我)による怪我によって医療機関に

④ 原則、「非該当」に○
ただし、**市民税非課税世帯に属する状態での入院日数**が申請月を含む過去12か月間に90日を超える場合は、「該当」に○

⑤ 原則、「無」に○
ただし、以下の原因等で限度証を使用する場合は「有」に○

- ・交通事故(自損事故も含む)
- ・相手がいる怪我(喧嘩等)
- ・労災
- ・相手の犬に噛まれた

国民健康保険	長期入院	①	日 ~ 日	④	日 ~ 日
		②	日 ~ 日		日 ~ 日

保険年金課処理欄		発行証		適用区分		在留資格		国民健康保険資格取得後		備考	
認定根拠	課税○/確認	□ 証明書・領収書などの添付	□ 限度額適用認定証	□ 70歳未満	□ ア	□ イ	□ ウ	□ エ	□ オ	□ 未申告(ア)	□ 1年未満 □ 1年以上
	□ 滞納有一支払済	□ 滞納有二支払済	□ 限度額適用・標準負担額減額認定証	□ 70歳以上	□ 現役並みⅡ	□ 現役並みⅠ	□ 低Ⅱ	□ 低Ⅰ			
記載年月日	有効期限	令和 . . .	□ 70歳到達	□ 75歳到達	□ 郵送	□ 入力	□ 審査	□ 交付			
	交付年月日	令和 . . .									
	発効期日	令和 . . .									
	長期入院該当	令和 . . .									

その他注意事項

- ① 記入箇所は①から⑤まであります。記入例を参考に、太枠内を記入してください。
誤って記入してしまった場合は、訂正箇所に二重線を引いてください。
「長期入院」に「該当」される方のみ、可能な限り、「申請日の前の入院をした保険医療機関等」の欄に記入してください。
また、入院の事実が確認できる領収書など(コピー可)を添付してください。
- ② 申請方法は、窓口申請又は郵送申請になります。
8月初めは窓口が混み合うことが想定されます。お急ぎでなければ、郵送申請をお勧めします。
郵送申請の場合は、〒254-8686 保険年金課資格給付担当 認定証担当行へお願いします。
なお、郵送申請の場合は、原則、世帯主宛に認定証等を送付します。
事情により、認定証等の送付を他の宛先に希望される場合は、付箋やメモ書きなどで送付先の宛名をお書きください。
(緊急連絡先・氏名も申請書に記入してください。)
- ③ 認定証等の詳細については、平塚市のウェブサイトにも掲載しています。
また、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。
なお、非課税世帯で長期入院該当の限度額認定証をご利用の場合は申請が必要となりますので、別途お問合せください。
- ④ その他、不明な点がありましたら、平塚市保険年金課資格給付担当までお問い合わせください。
電話 (代)0463-23-1111 (内)2247