

限度額適用認定 申請書

70歳以上または老人医療の方は
「低所得者Ⅰ・Ⅱ」、「現役並Ⅰ・Ⅱ」
の方のみ対象です。

- ☐ 国民健康保険
- ☐ 老人医療助成
- ☐ 後期高齢者医療保険
- ☐ (69歳以下 70歳以上)
- ☐ (65歳～69歳)
- ☐ (75歳以上)

大山崎町長 様
京都府後期高齢者医療広域連合長 様

マイナンバーカードを保険証として利用し、ご本人が情報提供に同意すれば
限度額適用認定証の申請は不要です。
※直近12か月の入院日数が90日を超える住民税非課税世帯の方が入院時の食事療養費等の
減額を受ける場合は申請が必要です。

以下のとおり、限度額適用認定証の申請をします。

届出日	令和 年 月 日	本人確認	免・パ・保・マイ・学・ 診・他()
届出人		続柄	
世帯主(国保) 対象者(後期)		個人番号	
保険証番号	(崎一)	電話番号	— —
住 所	大山崎 下植野 小字 円明寺		

以下 **証が必要な方** について記載してください

確認事項	◆通勤中や職務中の傷病による受診ですか ☐ はい ☐ いいえ ※通勤中や職務中の傷病の場合は、労災の申請ができるかどうかをご確認ください。		
	◆交通事故など第三者行為による受診ですか ☐ はい ☐ いいえ ※受診される傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合は、別途申請が必要です。		
氏 名	☐ 上記世帯主 ☐ 上記対象者	個人番号	☐ 上記対象者
生年月日	大・昭 年 月 日 平・令	申請者との 続 柄	☐ 本人 ☐ その他 ☐ 夫・妻 ☐ 子
住 所	☐ 上記世帯主 ☐ 上記対象者 大山崎 下植野 小字 円明寺	交付時期	☐ 【定期】郵送希望 ☐ 【随時】郵送希望 ☐ 【随時】来庁受領希望
申請理由	☐ 入院するため(月～ 月頃) ☐ 高額な医療を受けるため(月頃) ☐ その他	受領者署名 (受領日)	(/)

以下 **区分オ・低Ⅱの区分の方のみ** 記載してください。(※直近1年に加入していた保険の区分を含む)

入院日数の確認		直近1年間に90日以上入院 ☐ した ☐ していない			
		→ 長期入院該当の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付には、入院の領収書など90日以上入院期間を証する書類が必要です。			
医療機関	名称				
	所在地				
	申請日前1年間の入院期間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	
	① 日間	② 日間	③ 日間		
	入院日数計 (①+②+③)		日間		

区分								収納状況	税申告	送付先設定	送付先変更	受領の委任	摘 要					
ア	イ	ウ	エ	オ	現Ⅱ	現Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ(境)	☐ 完納 ☐ 滞納	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 郵送交付(/) ☐ 窓口交付(/)			
交付日		/ /		有効期限		/ /		受付		作成		確認		郵送				
発効期日		/ /		長期入院		/ /								/				