

限度額適用
食事療養標準負担額減額
生活療養標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

新宿区長 宛て

下記のとおり、認定証の交付を申請します。

申請者

令和 年 月 日

住所

申請者氏名

電話番号

記 号 ・ 番 号		-	.				
世 帯 主	住 所	<input type="checkbox"/> 同上					
	氏 名		生年月日		大・昭・平・令	年 月 日	
	マイナンバー						
限度額適用	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
減額対象者	マイナンバー	<input type="checkbox"/> 同上		世帯主との続柄	本人・配偶者・子・その他()		
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無					

※高額療養費の自己負担限度額は、世帯の所得等によって決定します。

※原則として、申請のあった月の初日から適用になります。

○下欄は住民税非課税世帯の方のみご記入願います。

長期入院（過去1年以内に90日を超える入院）の有無（該当するものに○を付けてください。）

・該当（長期入院あり）

・非該当（長期入院なし）

※該当（長期入院あり）に○をつけた方は、裏面に入院先医療機関名等をご記入ください。

【ご案内】

マイナ保険証（※¹）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（※²）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。

※¹ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※² 保険料に滞納がある方は、免除にならない場合があります。詳しくは国保給付係までお問い合わせください。

本人確認書類 マイナンバーカード 運転免許証 在留カード 資格確認書 その他()

課 長	係 長	係 員	交 付	郵 送	受 付	確 認	1 領収書 2 医療機関の証明 3 その他 ()
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------------------------------

※以下は、住民税非課税世帯の方で、長期入院(過去1年以内に90日を超える入院)の該当がある方のみ
 ご記入ください。

1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	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	日間
		令和	年	月	日まで	
	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	日間
		令和	年	月	日まで	
	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	日間
		令和	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						