

# 《申請書記入例》

## 表面

《同一世帯以外の方が申請する場合》は、代理申請者名・対象者との関係・連絡先を記入してください。

保険証の記号の先頭二桁と同じ数字に○を付け、以下を続けて記入してください。

新宿 次郎(弟)  
090-0000-0000

認定申請書  
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

世帯主の情報をご記入ください。

交付を受けたい方の情報をご記入ください。

窓口でご申請の場合はマイナンバーもご記入ください。なお、未記入でも申請を受け付けます。

被保険者証記号番号	090-0000-0000	電話番号	03-0000-0000
住所	新宿区 歌舞伎町1-4-1		
世帯主 氏名	新宿 太郎	生年月日	大昭平・令40年1月1日
マイナンバー			
限度額適用 氏名	新宿 花子	生年月日	昭平・令45年12月31日
減額対象者 氏名	新宿 花子	世帯主との続柄	本人(配偶者・子・その他)

ご記入ください。

住民税非課税世帯の方ですか？

はい

いいえ

記入箇所は以上です。  
※裏面の記入は必要ありません。

住民税非課税世帯の方は、長期入院の有無について、該当もしくは非該当に丸をつけてください。

○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をご記入ください。

《長期入院非該当の方》  
記入箇所は以上です。  
※裏面の記入は必要ありません。

## 裏面

※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)に該当され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6年4月1日から 令和6年6月30日まで	91日間
	入院をした保険医療機関等	名称 OX病院 所在地 OO区XX町1-1-1	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	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 令和 年 月 日まで	日間
	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 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

長期入院に該当する方のみ、入院期間と入院した医療機関名をご記入ください。

受付	確認	1 領収書 2 医療機関の証明 3 その他
	認	( )

