

# 《申請書記入例》

## 表面

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

申請日・住所・申請者氏名・電話番号をご記入ください。

申請者 令和 6 年 12 月 2 日

住所 **新宿区歌舞伎町1-4-1**

申請者氏名 **新宿 太郎**

電話番号 **03-0000-0000**

保険証または資格確認書の記号番号をご記入ください。

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。

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。

記号・番号	00000000		
世帯主	住所	同上	
	氏名	新宿 太郎	生年月日 大 昭 平 令 40年 1月 1日
限度額適用	氏名	同上 新宿 花子	生年月日 昭 平 令 45年 12月 31日
	マイナンバー	□同上	
減額対象者	氏名	同上	世帯主との続柄 本人 (配偶者) 子・その他( )
	マイナンバー	□同上	
交通事故等の第三者行状	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、申請の月の初日から適用になります。

交通事故や傷害事件等のケガや病気の治療で使用する場合は「有」、その他は「無」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○をつけてください。)

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 ) を利用すれば、事前の手続きなく、  
る支払いが免除 ) されます。限度額適用認定証の事前  
険証をぜひご ) ください。

## 裏面

※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 91 日間 令和 6 年 6 月 30 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 <b>〇×病院</b> 所在地 <b>〇〇区××町1-1-1</b>
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

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。

《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。

認書 □その他( )

交付	確	1 領収書 2 医療機関の証明 3 その他( )
	認	( )

