

限度額適用認定申請書 兼
限度額適用・標準負担額減額認定申請書

対象者 宛名番号		一般 退本 退扶	70歳 未満 前期 高齢
国保 記号・番号	柏崎		

柏崎市長 様 下記のとおり申請します。

また、対象世帯に属する世帯員の課税状況を公簿で確認することを承諾します。

※太枠内を記入してください。

(窓口に来られた人) 申請者	申請日	令和 年 月 日	電話番号	()
	住所	柏崎市		
	氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日

認定証交付対象者(認定証の交付が必要な方)				
世帯主	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 柏崎市		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	個人番号 (12桁)		電話番号	()
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	個人番号 (12桁)		世帯主との 続柄	

申請者記入欄	◎世帯主との関係 (該当する番号に○をつけてください。)		
	1. 本人	2. 同一世帯の親族	3. その他 ()
	※3の方は、下記の委任状や対象者の保険証等、世帯主から依頼を受けたことが確認できるものが必要です。		
	【委任状】 私は、上記申請者に認定証申請事務を委任します。 ※委任者本人が署名、押印してください。 委任者(世帯主) _____ 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____		

申請日前の1年間に、91日以上入院がありましたか？	⇒	(はい ・ いいえ)
---------------------------	---	--------------

※「はい」の場合、領収書や医療費通知等の提示を求める場合があります。

(受付処理欄)

申請者	申請者の確認方法	70歳未満	70歳以上	確認方法
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	アイウエオ	低I 低II 現I 現II	
関係	3の場合の委任状以外の確認方法 <input type="checkbox"/> 対象者の保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	却下理由 () 却下年月日 令和 年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送
納税課	納税課確認 不要・済(担当:)	発行	認定年月日 : 令和 年 月 日	
長期入院	該当 ・ 非該当	発行	発効期日 : 令和 年 月 日	
	↓ ・過去1年間の入院日数(住民税非課税世帯期間のみ) 90日以下 ・ 90日超	記	長期入院該当日 : 令和 年 月 1日	
	・確認資料 <input type="checkbox"/> 領収書(コピー添付) <input type="checkbox"/> 公簿	録	長期入院申請日 : 令和 年 月 日	
91日目 令和 年 月 日			有効期限 : 令和 年 月 日	

オンライン資格確認が導入されている医療機関を受診する場合、保険証やマイナ保険証を提示し、限度額情報の提供に同意することで限度額適用認定証をお持ちでなくてもお支払いの際に限度額が適用されるようになりました。