

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	70歳 未満
国 保 記号・番号	柏崎	退本	前期 高齢
		退扶	

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 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	

委任状欄	◎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本人確認書類等、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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	関係 3の場合の委任状以外の確認方法 <input type="checkbox"/> 対象者のマイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
納税課	納税課確認 不要・済 (担当:)
長期入院	該当 ・ 非該当 ↓ ・ 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 ・ 確認資料 <input type="checkbox"/> 領収書 (コピー添付) <input type="checkbox"/> 公簿
	91日目 令和 年 月 日

区分	70歳未満	70歳以上				確認	確認方法 <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> その他 ()
	ア イ ウ エ オ	低Ⅰ	低Ⅱ	現Ⅰ	現Ⅱ		
却下	却下理由 () 却下年月日 令和 年 月 日					交付方法	窓口 ・ 郵送
発行の記録	認 定 年 月 日 :		令和	年	月	日	
	発 効 期 日 :		令和	年	月	日	
	長期入院該当日 :		令和	年	月	1 日	
	長期入院申請日 :		令和	年	月	日	
録	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等を受診する場合、マイナ保険証の利用、または、資格確認書を利用した場合でも、限度額情報の提供に同意することで認定証を持っていなくても支払いの際に限度額が適用されるようになりました。