

*ご案内

マイナンバーカードを健康保険証として利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。（長期入院の申請を除く）

事故など他人の行為による疾病・けがで医療機関にかかっている場合は「有」を選択してください。

限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号	1111 2222 3333
	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（91日間）
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和7年9月1日から 91日間 令和7年11月30日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	小平病院
		所在地	東京都小平市花小金井1丁目8番1号
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 日間 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）	年 月 日から 日間 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）	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○をしてください。

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 8 年 月 日

住 所 東京都小平市小川町2丁目1333番地

世帯主

（申請者） 国保 太郎

個人番号 1111 2222 3333

電話番号 042-346-9529

ご記入いただいた内容について、こちらから確認をさせていただく場合がありますので、電話番号も忘れずにご記入ください。

携帯電話の番号でも構いません。

れば、事前の手続きを済ませる必要がありますので、ご了承ください。

個人番号カードをいいます。

マイナンバーをご記入下さい。
※未記入でも申請できます。

原則、申請月（申請書の収受月）の1日から有効な証を発行します。

遡及を希望する場合は、保険年金課にお問い合わせいただいたうえで、事前にご相談いただいた旨を余白にご記入ください。なお、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

所得区分

ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ