

|         |                                 |                                                                          |                                           |      |     |        |
|---------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|-----|--------|
| 区 分     | 70歳未満                           | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ                                                        | 国保税未申告者氏名<br>※「ア」の場合                      |      | 受 付 |        |
|         | 70歳以上                           | 現役並み(Ⅰ ・ Ⅱ) ・ 非課税(Ⅰ ・ Ⅱ)                                                 | 高額療養費特例                                   | 対象者有 |     |        |
| 保険税納付状況 | 納入済み ・ 未納あり(期～)                 | 確 認 書 類                                                                  | <input type="checkbox"/> 資格確認書            |      |     | 長期認定のみ |
| 窓口交付状況  | <input type="checkbox"/> 窓口交付済み | <input type="checkbox"/> 交付なし ※いずれかチェック<br><input type="checkbox"/> 後日郵送 | <input type="checkbox"/> 運転免許証・マイナンバーカード  |      |     |        |
|         | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                          |                                           |      |     |        |
|         | <input type="checkbox"/> 世帯主の住所 |                                                                          |                                           |      |     |        |
| 備考      |                                 | 郵 送                                                                      | <input type="checkbox"/> 入院中の病院(①に記載)(〒 ) |      |     | 審査     |

この申請に対して、世帯主あて次の認定証を交付してよいでしょうか。

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証交付申請書  
限度額適用・標準負担額減額

|                     |                                    |               |           |    |       |   |   |
|---------------------|------------------------------------|---------------|-----------|----|-------|---|---|
| 被保険者<br>記号・番号       | な が さ き                            | 番             | 個人番号      |    |       | ★ |   |
| 交付を<br>受けようと<br>する者 | 氏 名                                |               |           |    | 続 柄   | ★ |   |
|                     | 生 年 月 日                            | 昭・平・令 年 月 日 生 |           |    |       |   | ★ |
| 長 期 入 院             | 該 当 ・ 非 該 当 (前年度確認R6判定: 課税 ・ 非課税 ) |               |           |    |       |   |   |
| 入 院 し た 病 院 等       | 申請日の前1年間の入院期間(日数)                  |               |           |    |       |   |   |
|                     | 年 月 日から 年 月 日まで 日間                 |               |           |    |       |   | ☆ |
|                     | ①                                  | 名 称           |           |    |       |   | ★ |
|                     |                                    | 所 在 地         |           |    |       |   |   |
|                     | 申請日の前1年間の入院期間(日数)                  |               |           |    |       |   |   |
|                     | 年 月 日から 年 月 日まで 日間                 |               |           |    |       |   |   |
|                     | ②                                  | 名 称           |           |    |       |   |   |
|                     |                                    | 所 在 地         |           |    |       |   |   |
| 上記のとおり申請します。        |                                    |               | ※認定証発効年月日 | 令和 | 年 月 日 |   |   |
| 令和 年 月 日            |                                    |               | ※長期該当年月日  | 令和 | 年 月 日 |   |   |
|                     |                                    |               | ※認定証有効期限  | 令和 | 年 月 日 |   |   |
| 世帯主 住所 長崎市 町 番地     |                                    |               | 丁目 番 号    |    |       |   |   |
| 氏名                  |                                    |               | (電話 - )   |    |       |   | ★ |
| (あて先) 長 崎 市 長       |                                    |               |           |    |       |   |   |

注意※印の欄は記入しないでください

(添付書類等) ・国民健康保険資格確認書 ・代理人の場合(委任状及び代理人の身分証明書)  
・長期認定の方 { 病院等に入院していたまたはしている旨証明する書類  
国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証(お持ちの方のみ)

\* 高額療養費等特例対象者(所得基準): 43万円+(給与所得者数の数(※1)-1)×10万円+56万円×(被保険者数+特定同一世帯所属者数)  
※1 一定の給与所得者(給与収入55万円超)と公的年金等に係る所得を有する者(公的年金の収入金額60万円超(65歳未満)又は110万円超(65歳以上))の人数です。

マイナ保険証を利用する場合は、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額が適用されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります(国民健康保険税に未納がある場合などを除く)。  
※ただし、区分「オ」・「Ⅱ」の方で過去12か月以内に90日を超えて入院されたとき、食事代の減額を受けることができますが、その適用を受けるためには必ず申請してください。