

令和7年8月1日付け更新用^(系)

記載例(更新用)

個人番号の記載は不要です

限度額適用
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

署名又は記名押印

被保険者記号(番号)	島3	6桁で記載				
申請者(世帯主)	住所	資格確認書等に記載されている住所				電話 問合せ先(携帯可)
	氏名	世帯主の氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号	記載不要				
限度額適用	氏名	対象者の氏名(同上不可)		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	個人番号	記載不要			世帯主との続柄	例) 主・妻・子など
長期入院	該当・非該当	入院日数	計	日	第三者行為の有無	有・無
標準負担額減額を適用された入院期間	以下に該当する方のみ、医療機関ごとに入院期間と入院日数を記入してください。		年 月 日 から	日間		
	令和6年度・令和7年度ともに、市・県民税が非課税世帯の方で、令和6年8月1日から令和7年7月31日までの期間に、入院日数が91日以上ある方		年 月 日 から	日間		
	名称					
	所在地					
	年 月 日 から	日間				
	年 月 日 から	日間				
名称						
所在地						
郡山市長		申請日(郵送日)		年 月 日		

備考

- 1 長期入院については、食事療養標準負担額減額認定証の交付を受けている期間に入院している日数で、申請月を含め過去12か月以内のものを合計し、計91日以上になる場合に該当します。上記欄の記入に加え、入院の事実や期間が確認できる領収書等を添付してください。
- 2 保険者が、転入等による理由のため申請世帯の前年度の住民税課税状況をすぐに把握できない場合には、住民税賦課期日に住所があった自治体が発行する前年度の住民税課税状況及び所得が把握できる書類を添付してください。ただし、保険者が公簿等で把握できる場合はその限りではありません。
(住民税賦課期日とは、1～7月の申請にあつては前年の1月1日現在、8～12月の申請にあつてはその年の1月1日現在をいいます。)

※以下の欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	限度額減額認定(非長期)	長期認定
	記載不要	
<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()		