

第5号様式（第5条関係）

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書 食事（生活）療養標準負担額減額 限度額適用・食事（生活）療養標準負担額減額			
年 月 日			
豊橋市長様			
住所 豊橋市			
世帯主 氏名			
個人番号			
電 話			
下記のとおり関係書類を添えて申請します。			
記			
被保険者 記号・番号		対象者 の個人番号	
対象者氏名 及び生年月日	フリガナ	世帯主との 続柄	
	年 月 日		適用区分
長期入院	該当・非該当	入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日～ 年 月 日（日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日～ 年 月 日（日間）	
	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～ 年 月 日（日間）	
	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～ 年 月 日（日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
市区町村長が 証明する欄	次に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。		
	氏名	氏名	氏名
	氏名	氏名	氏名
	氏名	氏名	氏名
	年 月 日		市区町村長名 ㊟
確 認 等	イ 市区町村税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿（ ）	確認年月日	年 月 日
		確認者	

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。