

(宛先) 秦野市長

被保険者	記号 1 2 番号		電話番号 ()	
(申請者) 世帯主	住所			
	氏名	生年月日 年 月 日		
	個人番号			
減額対象者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	氏名	生年月日 年 月 日		
	個人番号			
	世帯主（組合員）との続柄		第三者行為	有・無
長期入院	該当・非該当	発効期日	年 月 日	から 判定
①	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		
	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 日から 年 月 日まで 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 日から 年 月 日まで 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 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	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		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

【注意】 マイナンバーカードを保険証として使用する場合は、限度額適用認定証及び限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要（※）です。

※ 顔認証カードリーダーを所有していない病院において限度額を適用するには、認定証の事前申請が必要となります。

また、保険税未納分がある方、所得が未申告の方については限度額が適用されません。