

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日 年 月 日	電算入力	判定
		発効年月日 年 月 日		ア 901超 イ 600超901以下 ウ 210超600以下 エ 210以下 オ 非課税

国民健康保険 限度額適用 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証 記号・番号	記号		番号				限度額適用 減額対象者 氏名	昭和 平成	年	月	日	組合員との 続柄	男・女
	福医												
個人番号							生年月日					性別	
長期入院	該当・非該当												

下記①～⑤は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。(※)							入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数		平成 年 月 日	から	平成 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年間の入院日数		平成 年 月 日	から	平成 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年間の入院日数		平成 年 月 日	から	平成 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年間の入院日数		平成 年 月 日	から	平成 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年間の入院日数		平成 年 月 日	から	平成 年 月 日	まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					

上記のとおり関係書類を添えて限度額適用、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日 〒 - TEL () -

住所
組合員 氏名 ㊟

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

- ※ 長期入院該当者欄（①～⑤）につきましては、住民税非課税世帯の方のみご記入下さい
- ※ 認定書は原則、登録いただいている住所（事業所等）にお送りいたしますので、その他（自宅等）への送付をご希望の場合はその旨をお知らせください。
- ※ 甲種組合員が申請する場合は身元確認書類（医師資格証・運転免許証・旅券・個人番号カード表面（顔写真つきのもの）などの写し）を添付してご提出ください。