

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 福医	番号 0 3 1 2 3 4 0 0 0	限度額適用 減額対象者 氏名	国保 太郎	組合員との 続柄	本人
個人番号	1 2 3 4 × × × × × × × × × ×	生年月日	昭和 平成 ○○年○○月○○日	性別	男 女	
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

〒812-0016 TEL (092) 431-1987

住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
組合員 氏名 国保 太郎



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。