

決裁	常務理事	事務長	課長	係
令和 年 月 日				

処理欄	受付印	資格取得年月日	電算入力	判定
		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
		発効年月日		
		年 月 日		

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	組合員との 続柄
個人番号	福医		生年月日	昭和 平成 令和
長期入院	該 当 ・ 非該当		年 月 日	性別 男・女

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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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。

令和 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。
- ※ 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。