

処理欄	受付印	資格取得年月日 年 月 日	電算入力	判定 ・ 低所得Ⅱ ・ 低所得Ⅰ
		発効年月日 年 月 日		

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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	
	福医							
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		年 月 日 から			日間	
			年 月 日 まで				
	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		年 月 日 から			日間	
			年 月 日 まで				
	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		年 月 日 から			日間	
			年 月 日 まで				
	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		年 月 日 から			日間	
			年 月 日 まで				
	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		年 月 日 から			日間	
			年 月 日 まで				
	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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 印 - 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

※ 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。