

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 年 月 日	電算入力	70歳以上 判定(課税所得)
		発効年月日 年 月 日		・現役並みⅡ 380以上690未満 ・現役並みⅠ 145以上380未満 ・低所得Ⅰ・Ⅱ 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	性別	男・女
	福医											
個人番号							生年月日					
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				令和 年 月 日 から	日間		
					令和 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				令和 年 月 日 から	日間		
					令和 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				令和 年 月 日 から	日間		
					令和 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				令和 年 月 日 から	日間		
					令和 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				令和 年 月 日 から	日間		
					令和 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、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 付 ー TEL () ー

住所
組合員 氏名 印
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。