

| | | | | |
|----------|------|-----|----|---|
| 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 | 電算入力 | 判定 |
| | | 年 月 日 | | ・低所得Ⅰ ・低所得Ⅱ |
| | 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 | 国保 太郎 | 組合員との 続柄 | 本人 | | |
| | 福医 | 0 | 3 | 1 | | | | | 2 | 3 |
| 生年月日 | 昭和 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 | 日間 | | |
| | 平成 年 月 日 まで | | | | | | |
| ② | | 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 | 日間 | |
| | | 平成 年 月 日 まで | | | | | |
| ④ | | 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 | 日間 | |
| | | 平成 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。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

〒 812 - 0016 TEL (092) 431 - 1988

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

※ 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。