

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 ・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	4	0				
生年月日	昭和 平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。