

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	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 福医 0 3 1 2 3 4 0 0 0	番号 1 2 3 4 5 × × × × × × × ×	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
個人番号	1 2 3 4 5 × × × × × × × ×		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	平成 年 月 日 から	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	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	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	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	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。

平成○○年○○月○○日

〒 812-0016 TEL 092(431)1987

住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

組合員 氏名 福岡 太郎

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。