

- 福岡県国民健康保険
- 限度額適用
  - 食事療養標準負担額減額
  - 生活療養標準負担額減額
  - 限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

(あて先) 福岡市 区長		被保険者証の記号番号(9桁)										
限度額適用減額対象者	氏名			生年月日	昭 平 令 年 月 日							
	個人番号(12桁)			第三者行為		有 ・ 無						
長期入院	①	申請日の前1年間の入院期間(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		名称									
			所在地									
	②	申請日の前1年間の入院期間(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		名称										
		所在地										
③	申請日の前1年間の入院期間(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		名称										
		所在地										
上記のとおり申請します。										令和 年 月 日		
世帯主の	住所	福岡市 区										
	氏名			個人番号(12桁)								
				電話		( ) -						
申請者の	申請者が世帯主以外の場合に記入											
	氏名			電話		( ) -						

処 理	申請年月日		適用年月日		受付	交付	区 分					
							一般	若人	アイウエオ減			
番号確認	対象者		身元確認	カード免許証 旅券証 保険証 ( ) ( )	税確認	オンライン 非課税証明書 他 ( )	長期入院 確認書類	領収書		適用	減額認定 長期入院	
	カ・通・住・オ							本人扶養			前期	
		カ・通・住・オ						その他 ( )		該当 該当 非該当 非該当		
収納確認		要 不要		長期入院		済 未		91日該当日		令和 年 月 日		
代理権		委任状 保険証 その他 ( )						課長		係長 係員		
口頭確認 ( )							決 裁					

**(記入例) ※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。**

- 限度額適用
  - 食事療養標準負担額減額
  - 生活療養標準負担額減額
  - 限度額適用・標準負担額減額
- 福岡県国民健康保険 認定証交付申請書

**国民健康保険証の記号番号**

(あて先) 福岡市 区長

被保険者証の記号番号(9桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

限度額適用減額対象者	氏名	福岡 花子		生年月日	昭 <b>平</b> 令 3 年 2 月 1 日									
	個人番号(12桁)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	第三者行為

長期入院	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間
	②	入院をした保険医療機関	令和 年 月 日まで
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日まで

認定証が必要な人の氏名・生年月日・個人番号を記入してください。

国民健康保険の世帯主の氏名・住所・個人番号・電話番号および申請者の氏名・電話番号を記入してください。  
(※世帯主が申請する場合は、「申請者欄」の記載は不要です。)

窓口にお越しになる日

上記のとおり申請します。

令和 4 年 2 月 14 日

世帯主の	住所	福岡市 中央 区 天神1丁目8-1-101号 福岡コーポA棟																
	氏名	福岡 太郎		個人番号(12桁)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	電話	( 090 ) XXXX - XXXX
申請者の	申請者が世帯主以外の場合に記入																	
	氏名	福岡 花子		電話	( 090 ) XXXX - XXXX													

処	申請年月日		適用年月日		受付	交付	区 分				
							一般	若人	アイウエオ減		
理	限度減額						退職	本人	前期	現I 現II	
	長期						扶養			低I 低II	
番号確認	対象者	身元確認	カード免許旅保( )	下証券証( )	税確認	オンライン	確認書	領収書	適用	減額認定	長期入院
	カ・通・住・オ					非課税証明書				長確認	その他
	世帯主									非該当	非該当
	カ・通・住・オ										
収納確認		要 不要	長期入院		済 未	91日該当日		令和 年 月 日			
代理権		委任状 保険証		その他 ( )		決 裁	課長	係長	係員		
口頭確認 ( )											