

- 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)	平成 令和 年 月 日から		日間			
			平成 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)	平成 令和 年 月 日から		日間			
			平成 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)	平成 令和 年 月 日から		日間				
		平成 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	( ) -					
申請者が世帯主以外の場合に記入								
申請者	氏名			電話	( ) -			

処 理	申請年月日		適用年月日		受付	交付	区 分		
			限度減額	・ ・			一般	若人	アイウエオ減
			長期	・ ・			本人 退職 扶養	前期	現Ⅰ 現Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ
番号確認	対象者	身元確認	カ 一 下 免 許 証 旅 券 類 保 険 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			長期 確認 入書 院類	その他 ( )
	世帯主				他 ( )			該 当	該 当
	カ・通・住・オ							非該当	非該当
収納確認		要 不要	長期入院	済 未	91日該当日		平成 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 ( )									

**(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
  - 福岡県国民健康保険
  - 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

<b>国民健康保険証の記号番号</b>		被保険者証の記号番号(9桁)														
(あて先) 福岡市 区長		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			有 ・ <b>無</b>											
長期入院	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)					平成 令和 年 月 日から		日間							
	<b>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。</b>															
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)					平成 令和 年 月 日から		日間							
入院	③	入院をした保険医療機関					平成 令和 年 月 日まで		日間							
	<b>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。(世帯主が申請の場合は, 申請者欄は記入不要)</b>															
		名			窓にお越しになる日											
上記のとおり申請します。		令和 2 年 1 月 7 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
		電話		( 090 ) XXXX - XXXX												
申請者が世帯主以外の場合に記入																
申請者	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			
			限度減額	・	・			一般	若人	アイウエオ減
理			長期	・	・		退職	本人扶養	前期	現I 現II 低I 低II
	番号確認	対象者	カード 免許 旅保 証	オンライン 非課税証明書	確認書	長 期 認 入 書 院 類	領 収 書		適 用	減額認定
	カ・通・住・オ	身元確認	( )	他	( )	その他		( )		該 当
収納確認		要 不要	長期入院	済 未	91日該当日		平成 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					