

- 福岡県国民健康保険
- 限度額適用認定証交付申請書 (新規交付・再交付)
 - 食事療養標準負担額減額認定証交付申請書
 - 生活療養標準負担額減額認定証交付申請書
 - 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書
 - 長期入院該当認定申請書

(あて先) 福岡市 区長				記号番号 (8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		発効年月日		受付	交付	区 分							
							若人	アイウ エオ(境) 減						
番 号 確 認	対象者		身 元 確 認	カ ー ド 免 許 証 券 旅 保 険 証 資 格 確 認 書 () ()	税 確 認	オ ン ラ イ ン 非 課 税 証 明 書 他 ()	長 期 確 認 入 書 院 類	領 収 書		適 用	減額認定		長期入院	
	カ・通・住・オ										カ・通・住・オ		その他 ()	
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 / 確認書 その他 ()												
確認事項		所得確認		年度更新		その他()		決 裁	課長		係長		係員	
		区分変更日		8/1、 / (事由)										
		終了日確認		マイナ保険証利用登録 (有 ・ 無)										

マイナ保険証を利用すると、受付時の同一申請書が提出されません。事前申請は不要となります。ぜひマイナ保険証を利用してください。

記入例

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

認定証が必要な人の氏名・生年月

国民健康保険の記号番号

(あて先) 福岡市 区長		国民健康保険の記号番号(8桁)		1	2	3	4	5	6	7	8					
限度額適用減額対象者	氏名	福岡 花子		生年月日		昭(平)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・ 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														
<p>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。)</p>																
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 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	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		発効年月日		受付	交付	区分						
							一般	若人	アイウエオ(境)減				
理	限度減額		.				退職	本人扶養	前期		現I	現II	
	長期		.								低I(境)	低II	
番号確認	対象者	身元確認	カード免許証 旅行券 保険証 資格確認書 () ()	税確認	オンライン	確認書	長 期 認 入 書 院 類	領 収 書	適 用	減額認定	長期入院		
	カ・通・住・オ				非課税証明書	その他 ()						該当	該当
	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/確認書 その他()					課長		係長		係員		
確認事項		所得確認		年度更新		その他()		決 裁					
		区分変更日		8/1、 / (事由)									
		終了日確認											
マイナ保険証利用登録 (有・無)													