

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

兼 送付先変更依頼書(医療機関・施設 用)

年度

被保険者証 記号番号	08 - -		認定対象者 の個人番号			
認定対象者	住所	〒 -				
	氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日	男・女
	世帯主名			世帯主との続柄		
	世帯主の個人番号					

長期入院	該当・非該当	*認定区分がオ・II *申請月の翌月1日より該当 *過去12ヶ月の入院日数が90日を超える方			
申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした医療機関等			
①	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
②	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
③	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		

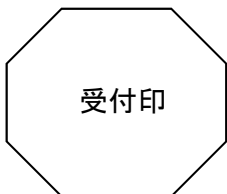
申請者	住所	〒 -			
	氏名			電話番号	続柄
転送先施設	住所	〒 -			
	名称			電話番号	担当者名
	理由				

- * 保険証のコピーを添付してください。 * 転送先宛の返信用封筒の同封をお願いします。
- * 申請について、ご本人またはご家族へのご説明をお願いいたします。
- * 証が届く前に、上記申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。
現在入院中の方は、入院予定期間をご記入ください。
年 月 日 ~ 年 月 日

* 注意事項:保険料に滞納のある世帯には限度額適用認定証の交付ができないことがあります。事前にご相談ください。

以下職員記入欄

長期確認事項	レセプト・領収書	年 月 日から	日間
認定証交付日	令和 年 月 日	交付番号	
発行期日	令和 年 月 日		
発行区分	新規・書き換え・再発行 一・退 一般・退本・退扶	認定区分	
長期該当日	令和 年 月 日から	食事差額申請	あり・なし
証交付方法	窓口交付・郵送・郵送(送付先)		



受付	税確認	納付確認

点検

O/L発行履歴	
発行期日	
区分	
交付方法	

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

兼 送付先変更依頼書(医療機関・施設 用)

年度

被保険者証 記号番号	08 - -	認定対象者 の個人番号			
認定対象者	住所	〒 -		電話	- -
	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	男・女
	世帯主名		世帯主との続柄		
	世帯主の個人番号				

長期入院	該当・非該当	*認定区分がオ・II	*申請月の翌月1日より該当
申請日の前1年間の入院期間(日数)		*過去12ヶ月の入院日数が90日を超える方 入院をした医療機関等	
①	年 月 日から 年 月 日まで	日間	名称 所在地
②	年 月 日から 年 月 日まで	日間	名称 所在地
③	年 月 日から 年 月 日まで	日間	名称 所在地

記入見本

ご記入ください。

申請者	住所	〒 -	申請者をご本人以外の場合は記載してください。		電話番号
	氏名			続柄	
転送先施設	住所	〒 -	電話番号		
	名称		担当者名		
	理由	転送先の返信用封筒同封の上、担当者名・連絡先は必ずご記入ください。			

- * 保険証のコピーを添付してください。
- * 転送先宛の返信用封筒の同封をお願いします。
- * 申請について、ご本人またはご家族へのご説明をお願いいたします。
- * 証が届く前に、上記申請内容に変更があった場合は速やかにご連絡ください。
現在入院中の方は、入院予定期間をご記入ください。
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

* 注意事項: 保険料に滞納のある世帯には限度額適用認定証の交付ができないことがあります。事前にご相談ください。

以下職員記入欄

長期確認事項	1. 入院日日数被保険者別リスト 2. 領収書等	年 月 日から 年 月 日まで	日間
認定証交付日	令和 年 月 日	交付番号	
発行期日	令和 年 月 日	認定区分	
発行区分 一・退	新規・書き換え・再発行 一般・退本・退扶		
長期該当日	令和 年 月 日から	食事差額申請	あり・なし
証交付方法	窓口交付・郵送・郵送(送付先)		



受付	税確認	納付確認

点検

O/L発行履歴	
発行期日	
区分	
交付方法	