

限度額適用

国民健康保険

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		長・					
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号				世帯主との続柄		
療養を受ける理由		1. 一般の傷病等 2. 第三者行為による傷病等 3. 業務上の傷病等 4. その他（ ）					
長期入院 (申請日前1年間に通算90日)		1. 該当（下記入院状況を記入） 2. 非該当					
申請日前1年間の 入院状況 (長期入院該当の場合のみ記入)		医療機関名： 医療機関所在地： 入院期間（日数）： 年 月 日から 年 月 日まで 日間					
		医療機関名： 医療機関所在地： 入院期間（日数）： 年 月 日から 年 月 日まで 日間					
長岡京市長 様							
令和 年 月 日							
上記のとおり申請します。							
(世帯主) 住所 長岡京市							
氏名 _____ 個人番号 _____							
電話 (_____) _____							

マイナ保険証(健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード)を利用すれば、限度額適用認定証は不要となります。

保険者記入欄

上記のことについて次のとおり交付してよろしいか。	課長	係長	係員		起案	・	・	起案者
					決裁	・	・	
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・Ⅱ・Ⅰ・長期			交付年月日	令和	年	月	日
				発効期日	令和	年	月	日
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付			有効期限	令和	6年	7月	31日
	<input type="checkbox"/> 郵送交付			長期該当年月日	令和	年	月	日
差額支給	有・無	未納	有・無	備考				