第７号様式（第２０条関係）

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　　年　　月　　日 令和	
	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	□窓口交付 □郵送交付		有効期限	令和　年　月　日			
			長期該当年月日	令和　年　月　日			
差額支給	有・無	未納	有・無	備考			