

黄色に塗りつぶされている箇所のご記入をお願いいたします。

限度額適用
標準負担額減額認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

福島市長

個人番号

○○○○○○○○○○○○○○○○

世帯主

住所

福島市 五老内町3番1号

氏名

福島 太郎

電話

024-525-3773

保険証の右上に記載の6ケタの番号をご記入ください。

被保険者 記号・番号	島1	123456	区分	新規・再発行・長期
個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○			
対象者氏名	福島 花子		生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日生
世帯主との 続柄	妻	第三者行為(交通事故等)有の場合	<input checked="" type="checkbox"/>	

長期入院

該当・非該当

月 日

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

交通事故等の第三者行為が理由で限度額認定証が必要になった場合は、チェックをつけてください。

①	申請日の前一年間の入院日数	平成・令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
②	申請日の前一年間の入院日数	平成・令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地
③	申請日の前一年間の入院日数	平成・令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	_____ _____ 市区町村長名 印

※ 上記証明は、原則として1月1日現在、福島市に住所を有している方は不要です。

市 使 用 欄	保険証の種類	通常証 ・ 短期証 ・ 資格証→発行不可(納税相談)
	所得区分	赤上位Ⅱ ア イ ウ エ オ 現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ 一般・現Ⅲ→発行不可
	長期入院(オ、低Ⅱのみ)	該当(年 月 日) ・ ↓ 非該当 ↓ 期限内70歳到達 有 ・ 無
	送付先変更	世帯主宛 ・ 送付先変更 取扱()支所・出張所