

記入例

険 限 度 額 適 用 認 定 申 請 書  
 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書

新 規  
 継 続  
 長 期 認 定

郵便申請用

適用認定 対象者	記号番号 000000000	個人番号							
	氏名 滑川 次郎	生年月日	平成30年4月1日						
ここから下は長期入院（申請日の前1年間の入院日数が合計90日以上）該当者のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間）							
①	申請日の前1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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							
④	申請日の前1年間の入院日数	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							

滑川市長 様

上記のとおり申請します。

令和 2 年 5 月 1 日

住所 滑川市 寺家町104番地

世帯主 氏名 滑川 太郎

個人番号

(連絡先 076-475-2111 )

市 処 理 欄	適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
		<input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ	保険種別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶	
	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送	課税確認	<input type="checkbox"/> 公募 <input type="checkbox"/> 税務課に照会	
	本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複数	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他( )	
	②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> その他(知人・聞き取り )			
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要				
備考	<input type="checkbox"/> 委任状（届出者と適用認定対象者が別世帯の場合）			受付印	