

申請日 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ 対象者との関係 _____

電話 _____

被保険者証記号番号		50 - .		
世帯主	住所			
	氏名		電話番号	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
限度額適用減額対象者	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
長期入院	該当・非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

限度額適用認定証の自己負担限度額を決定するため、世帯主及び世帯員の所得について前住所地の区市町村等に照会することを承諾します。

世帯主 氏名 _____

世帯主及び対象者の個人番号を取得することについて同意します。

氏名 _____

月 日 認定証受領
(氏名)

	受付日
受付者	