## 限度額適用認定 申請書

70歳以上または老人医療の方は 「低所得者Ⅰ·Ⅱ」、「現役並I·Ⅱ」 の方のみ対象です。

□ 国民健康保険 (□ 69歳以下 □ 70歳以上) □ 老人医療助成 (65歳~69歳) □ 後期高齢者医療保険 (75歳以上)

大山崎町長 様 京都府後期高齢者医療広域連合長様

マイナンバーカードを保険証として利用し、ご本人が情報提供に同意すれば 限度額適用認定証の申請は不要です。

以下のとおり、限度額適用記	忍定証の申記	請をします。			日数が90日を超える( 請が必要です。 	住民税非課税世帯の方が入院時の食事療養費等の
届出日	令和	年	月	日	本人確認	免・パ・保・マイ・学・ 診・他( )
届 出 人					続柄	

	<b>压</b> [	H /																		
		出 人 							続柄											
	世帯主 対象者			<ul> <li>続柄</li> <li>個人番号</li> <li>(崎一)</li> <li>電話番号</li> <li>一</li> <li>大山崎下植野小字円明寺</li> <li>以下 証が必要な方</li> <li>はい □いいえ</li> <li>※通勤中や職務中の傷病による受診ですか</li> <li>□ はい □いいえ</li> <li>※受診すれる傷病の場合は、労災の申請ができるかとうかをご確認ください。</li> <li>◆交通事故など第三者行為による受診ですか</li> <li>□ しはい □いいえ</li> <li>※受診される傷病の原因が交通事故など第三者行為による場合は、別途申請が必要です。</li> <li>□ 上記対象者</li> <li>□ 上記対象者</li> <li>□ 上記対象者</li> <li>□ 上記対象者</li> <li>□ 大・忠</li> <li>丁・令</li> <li>□ 「使時」郵送希望</li> <li>□ 「使時」郵送希望</li> <li>□ 「使時」来庁受領希望</li> <li>□ 「同時」</li> <li>□ 入院するため(月~月頃)</li> <li>□ 高額な医療を受けるため(月頃)</li> <li>□ 入院するため(月~月頃)</li> <li>□ 高額な医療を受けるため(月頃)</li> <li>□ 大・豊田区分の方のみ</li> <li>記載してください。(※直近1年に加入していた保険の区分を含む)</li> <li>直近1年間に90日以上の入院</li> <li>□ した</li> <li>○ 上記対象者</li> <li>○ 大・豊田 (グラ領日)</li> <li>□ した</li> <li>○ 上記対象者</li> <li>○ 「使時」郵送希望</li> <li>○ 「使時」郵送希望</li> <li>○ 「使時」郵送希望</li> <li>○ 「使時] 「でりまるため(月頃)</li> <li>○ 「を到り、「大・妻」 「では、人人をの領収書など90日以上の入院期間を証する書類が必要です。</li> <li>○ 「中間 (3) 日間</li> <li>○ 日間 (3) 日間</li> <li>○ 日間 (3) 日間</li> </ul>																
	保険記	证番号		(崎一)							電話番	号			_			_		
	住	所		下植野 小字												希望 含む) <b>Eの交付には</b> 必 <b>要です。</b> 日 日間				
					以下 i	<b>正が</b> ぶ	公要な	<u>:方</u>	につい	て記	載してくた	ぎさい								
			•	▶通勤中	や職務中	中の傷	病によ	る受診	ですか	`	□はい	□ い	ハえ							
储 N 丰 旧											認くだ	さい。								
	- 12 17													m.1.5.A			10 1	L		
						第三 キ	者行為に。 □					が必要	とてす	0						
	氏	名	Ľ	1 工記品	甲土 凵	上記	] 豕 伯			個人番	号	ц д	_ 60 ×1	豕伯						
	生年	月日					年 月			日		との <del>は</del> あ	ロキ	・妻	□ <b>そ</b> (	の他 〔				)
				 ] 上記世	帯主 🗆	上記対	象者							定期	】郵送	送希望				
	住	所		大山崎	†		交付時	C 11 1	_				4 LD							
						70.0	□【随時】来厅受領希望													
			Г			( 月	~ )	月頃)			<b>马绍</b> 尹5	翌夕								
	申請	理由				受ける	ため(	月頃	į)				(	/	)					
	以	下 <u>区分</u> オ	ナ・低	Ⅱの区	分の方	のみ	記載	してくだ	ざい。	( <b>%</b> å	直近 年に	加入し	てい	· た保	険のI	区分を	含む	)		
				直近し	年間に90	0日以	上の人	·院												
	入院日	数の確認	Г	コルたー			<b>—</b>	長期入	院該	当のI	限度額適	用·標	準負	担額:	減額	認定証	· の女	付に	は、	<u>ل</u>
			_																	
医療	名称																			
機関	所在地																			_
	1	平・令	年	月日~	-		平・令	年	月	日~	~		平・〈	<b>\$</b> 1	年	月 E	∃~			-
	明			平·令 年 月			日 平·令			令	年 月	日				平・令	年	<u>:</u>	1	日
	年間の 、院期間	①				日間	j ②					日間	3	)					日	間
		入院	完日数	計 (①+	2+3)													日	間	
		区:	分				状況	税申告	送付	た設定	送付先変更	受領の	委任			摘	要	ē		_
ア	イ ウ	エオ	現Ⅱ月	見ⅠⅡ	I I		完納	口有		有	口有	_ ;	有	□郵泊	送交付	( /				

				시	<b>元日</b> 3	奴計	(U)+	-(2)+	(3))											日间
区分 収納								収納状	況	税申告	送付先設定	送付先変更	受領	の委任		摘	要			
ア	1	ウ	エ	オ	現Ⅱ	現 I	П	I	I (境)	□ 完約 □ 滞約		□有□無	□有□無	□有□無		有無		送交付( 口交付(	/ )	
	交付日	l			/	/	/		有	i 効期限			/	/		受	'付	作成	確認	郵送
季	発効期日 / / 長			期入院			/	/						/						