

## 限度額適用認定 申請書

70歳以上または老人医療の方は「非課税世帯」と「現役並み所得者」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

申請日		令和 年 月 日		本人確認	免・パ・保・マイ・学・診・他 ( )								
申請者 (世帯主)	被保険者証 記号番号 受給者証	(崎一)		電話番号	— —								
	氏名	印		個人番号									
	住所	大山崎町字 小字											
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		個人番号									
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		続柄									
	交通事故など第三者行為による受診ですか <span style="color: red;">□ はい</span> <span style="color: red;">□ いいえ</span>												
※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。													
住民税非課税世帯の方・区分が低Ⅱのみ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 該当する 添付書類 (医療機関の「入院」領収書等90日以上入院していることを証する書類)</span> 直近1年間に90日以上入院 (長期入院) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 該当しない</span>													
申請日の前1年間の入院期間	入院日数計 (①+②+③)		日間										
	①	日間	②	日間	③	日間							
	平・令 年 月 日から		平・令 年 月 日から		平・令 年 月 日から								
	平・令 年 月 日まで		平・令 年 月 日まで		平・令 年 月 日まで								
医療機関	名称												
	所在地												
区分				収納状況	税申告	交付日	／ ／	有効期限	／ ／				
ア	イ	ウ	エ	才	現Ⅱ	現Ⅰ	Ⅱ	Ⅰ		発効期日	／ ／	長期入院	／ ／
郵送 交付日	委任状 送付先	送担	確認	窓口 交付日	受領印	摘要						受付 担当	
／				／									