

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

記入例

記号番号	23 - 10 ・ 1234		
世帯主	住所	江戸川区中央1 - 4 - 1	
	氏名	江戸川 太郎	生年月日 昭和35年 4 月 5 日
			個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
限度額適用 減額対象者	氏名	江戸川 花子	生年月日 昭和37年 8 月 9 日
	続柄	妻	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無		
非課税世帯 (適用区分が「く」) の場合、記入 してください。	長期入院（申請日の前1年間の入院日数が91日以上）		
	1 該当（入院期間が確認できる書類を添付してください。）		
	2 非該当		
	申請日の前1年間 の入院期間（日数）	令和 5年 3月 12日 から 令和 5年 6月 30日 まで 111日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 都立 病院 所在地 江戸川区xx1 - 23 - 45	
申請日の前1年間 の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
入院をした保険医療機関等	名称 所在地		
江戸川区長 殿 上記のとおり申請します。			
令和5年 8月 10日			
世帯主氏名 江戸川 太郎			
電話番号 03(5662)8053			

事務処理欄

係員	係長	課長

事務連絡

--

受付

--

限度額適用認定証を
受領しました

--

こちらは事務処理欄のため記入は不要です。

主・配偶者 子・親・代理人 他（ ）	本人確認	免、パ、個力、住力、在力、障手、保険証、介保 各種医療証、年金手帳、プレ印字、通知書 診察券、他（ ）
	番号確認	個力、通力、シ、他（ ）