

記 号 番 号	2 3 - 1 0 ・ 1 2 3 4			
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 3 5 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 3 7 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Ⅱ・Ⅲ) 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			
	①	申請日の前1年間の 入院期間 (日数)	令和 7 年 3 月 1 2 日 から 令和 7 年 6 月 3 0 日 まで 1 1 1 日間	
		入院をした保険医療機関等	名称 都立〇〇病院 所在地 江戸川区 x x 1 - 2 3 - 4 5	
	②	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 7 年 7 月 1 0 日 世帯主氏名 江戸川 太郎 電話番号 0 3 (5 6 6 2) 8 0 5 3				

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 ()