

限 度 額 適 用
標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額

記 号 番 号	2 3 - .		
世 帯 主	住所		
	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
		個 人 番 号
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
	続 柄	個 人 番 号
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	有 ・ 無		
非 課 税 世 帯 (適用区分(カ・ク)) 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)	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。	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	
	年 月 日		
	世帯主氏名		
電 話 番 号 ()			

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

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()