

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書について

□下記、記入例を参考に申請書をご記入ください。太線で囲まれた部分は必ずご記入いただくようお願いいたします。ご記入後、申請書を下記の送付先へご郵送ください。

※個人番号はマイナンバーになります。わからない場合は、記入不要です。

□申請書が保険年金課保険給付係に届いた日の属する月の1日から有効な限度額適用認定証を発行いたします。月末に申請書をお送りいただく際にはご注意ください。

例) 8月10日に申請書が届いた場合、8月1日から有効な認定証を発行いたします。

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

被保険者証記号番号	記号	32 - 12	番号	3456
減額対象者	氏名	国保 花子		
	個人番号 (マイナンバー)			
	生年月日	S・H・R)年 00月 00日	世帯主との続柄	本人・(妻)

※住民税非課税世帯の方で、過去12月に90日以上入院のある方は、下記の表を記入の上、入院日数が確認できる領収書等の写を添付してください。

①	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	
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	
③	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	

必ずご記入ください。

上記のとおり申請します。

00年 00月 00日 世帯主 住 所 町田市00町0-0-00  
氏 名 国保 太郎  
個人番号 987654321098  
(マイナンバー)  
電 話 000 - 0000 - 0000

町田市長 様

※世帯主以外の方が手続きをする場合は、氏名、続柄、連絡先をご記入ください。  
また、世帯主以外の住所に送付する場合は送付先を記入してください。

氏名 国保 次郎 世帯主との続柄(子)

連絡先 000 - 0000 - 0000

〒 -  
送付先 世帯主以外の住所に送付する場合は記入

世帯主以外の方が手続きする場合はご記入ください。また、世帯主以外の方の住所に送付をご希望される場合は送付先も合わせてご記入ください。

《問合せ・送付先》  
〒194-8520  
町田市森野2-2-22  
町田市役所いきいき生活部  
保険年金課保険給付係  
042-724-2130 (直通)