

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 -	番号	
減額対象者	氏名			
	個人番号 (マイナンバー)			
	生年月日	S・H・R	年 月 日	世帯主との続柄 本人・()

※ 住民税非課税世帯の方で、過去12ヶ月に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			

上記のとおり申請します。

年 月 日 世帯主 住 所
氏 名
個人番号
(マイナンバー)
電 話 - -

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 世帯主との続柄()
連絡先 - -
〒 -
送付先

※以下は記入しないでください。

受付印	担当者	確認者

交付年月日	令和	年	月	日	
発効期日	令和	年	月	日	
有効期限	令和	年	月	日	
区 分	ア	イ	ウ	エ	オ
	低Ⅰ	低Ⅱ	現Ⅰ	現Ⅱ	
長期入院	該当・非該当(オ・低Ⅱのみ)				

保険証利用の登録をしたマイナンバーカード(マイナ保険証)を提示して、医療機関を利用する場合、当該認定証の提示は不要です。マイナ保険証をぜひご利用ください。ただし住民税非課税世帯の方で過去12ヶ月に90日以上ご入院される方は提示が必要になります。