

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 (職員記入欄)	32 -	番号 (職員記入欄)	
減額対象者	氏名	国保 花子		
	個人番号 (マイナンバー)	123456789012		
	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ヶ月に91日を超える入院のある方は、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。

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 (マイナンバー)	987654321098
		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	

※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 低Ⅰ	イ 低Ⅱ	ウ 現Ⅰ	エ 現Ⅱ	オ
長期入院	該当・非該当(オ・低Ⅱのみ)				