

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 ー	番号 (職員記入欄)		
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

※ 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 日間 年 月 日まで			
	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 日間 年 月 日まで			
	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 日間 年 月 日まで			
	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91日を超える入院される方は提示が必要です。