

記入見本

\*ご案内

マイナンバーカードを健康保険証として利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。(長期入院の申請を除く)

マイナンバーをご記入下さい。  
※未記入でも申請できます。

申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○をしてください。

事故など他人の行為による疾病・けがで医療機関にかかっている場合は「有」を選択してください。

氏名	国保 太郎			性別	男
生年月日				続柄	
個人番号	0123 4567 8910			長期入院	○ 該当 ・ 非該当
				交通事故等の第三者行為	○ 有 ・ 無

※長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計 ( 101 日間)

申請日の前1年間の入院日数	令和 4 年 8 月 1 日 ~ 4 年 8 月 10 日 (10 日間)	
① 入院をした保険医療機関等	名称	小平病院
	所在地	東京都小平市花小金井1丁目8番1号
	名称	国保病院
	所在地	東京都小平市小川西町4丁目10番13号
	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
② 入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	

長期入院「該当」に○をされた方は、入院日数、入院をした保険医療機関等をご記入ください。  
長期入院「非該当」に○をされた方は、空欄で構いません。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証の交付を申請します。

この申請に必要な市民税の確認は、公簿によることを承諾します。

令和 6 年 月 日

マイナンバーをご記入下さい。  
※未記入でも申請できます。

世帯主 氏名 国保 太郎  
個人番号 1111 2222 3333

届出人氏名	(世帯主の場合は省略可) 国保 花子	世帯主との続柄	妻	電話	042-346-9529
-------	-----------------------	---------	---	----	--------------

以下職員記入欄

受付	交付	郵送	資格	・エ・オ
			住民番	I
			国保税	月 日
			有効期限	年 月 日 長期該当 年 月 日

ご記入いただいた内容について、こちらから確認をさせていただく場合がありますので、電話番号も忘れずにご記入ください。  
携帯電話の番号でも構いません。