東京都国民健康保険 □ 限度額適用 □ 標準負担額減額 □ 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

窓口・郵送

被保険者記号番号	３８－　　・

太枠内を記入してください。

対象者	氏　名				
	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年　月　日	世帯主との続柄	
	個人番号				

※申請日の属する月を含めて12か月以内における90日を超える入院　有・無（○をつけてください）

入院をした病院・医院・診療所等（上で 有 に○をつけた方のみ記入してください。）

1	名称		令和　年　月　日から
	所在地		令和　年　月　日まで　日間
2	名称		令和　年　月　日から
	所在地		令和　年　月　日まで　日間
3	名称		令和　年　月　日から
	所在地		令和　年　月　日まで　日間

国　立　市　長　殿

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主住所　国立市

世帯主氏名

電話番号　　（　　）

※窓口に来られた方（同一世帯以外の方の場合のみ記入してください。）

住　　所

氏　　名　　（続柄）

電話番号　　（　　）

※同一世帯以外の方からの申請の場合は、別途委任状等が必要となります。

※市役所使用欄

認定等	1　区市町村民税非課税証明書 2　保護申請却下通知書 3　公　簿 4　入院日数９０日以上あることを領収書等で確認 5　却　下
本人確認	□　運転免許証　□　パスポート □　マイナカード　□　在留カード No. □　その他（　　）

公印（※）	課長	係長	主査	係	適用区分	収納

（※）長期入院該当者の認定の場合　　（メモ）　済　・　未