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
	個人番号				
				世帯主との 続柄	

※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
	所在地		日	から	
2	名称		令和	年	月
	所在地		日	まで	日間
3	名称		令和	年	月
	所在地		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

課長	係長	主査	係	適用区分	収納