

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

被保険者証記号番号	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			

※申請日より過去1年間における、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

<p>国立市長殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主住所 国立市</p> <p>世帯主氏名</p> <p>電話番号 ()</p>	
<p>※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。)</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 (続柄)</p> <p>電話番号 ()</p>	
<p>※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。</p>	

※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	係	適用区分

収納

(メモ) 済 ・ 未