

*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)

①	申請日の前1年間の入院日数	令和 6 年 8 月 1 日 ~ 6 年 8 月 10 日 (10 日間)
	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
		6 年 9 月 1 日 ~ 6 年 11 月 30 日 (91 日間)
		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 7 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			
住民票			
国保税			
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。