

被保険者記号番号		記号	34-	番号	
世帯主	住所				
	氏名				
限度額適用 減額対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	世帯主との 続柄
	個人番号				
長期入院		該当	・	非該当	交通事故の第三者行為
				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 (日間)

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

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 年 月 日

世帯主 氏名

個人番号

小平市長 殿

届出人氏名	(世帯主の場合は省略可)	世帯主 との 続柄	電話
-------	--------------	-----------------	----

以下職員記入欄

受付	交付	郵送

資格	一般・退本・退扶	区	世帯	ア・イ・ウ・エ・オ
住民番号		分	高齢	現Ⅱ・現Ⅰ・Ⅱ・Ⅰ
国保税	完納・未納	発効期日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	長期該当	年 月 日	