

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

被保険者証記号番号		3 9 -				一般・退職	
世帯主	住所	西東京市					
	氏名					印	男・女
	生年月日			年	月	日	
	電話番号						
	個人番号						
限度額適用 対象者	氏名					印	男・女
	生年月日			年	月	日	
	長期入院	該当 ・ 非該当					
	個人番号						
申請日の前1年間の入院期間 (日数)				年	月	日	から
				年	月	日	まで
入院をした保険医療機関等		名称					
		所在地					

※郵送で申請される方で、認定証の送付先にご希望がある場合は記入してください。

送付先住所	〒 _____		
宛先		電話番号	

上記のとおり申請します。  
 なお、住民税の課税状況については、当市にある公簿で確認することを承諾します。

年 月 日

申請者 住所：  
(世帯主)

氏名： 印

西東京市長 宛

職員 記入欄	適用区分	区分ア・区分イ・区分ウ・区分エ・区分オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ					
	滞納	無・有 ( )					
	番号確認書類	個人番号カード・通知カード・その他 ( )					
	本人確認書類	免許証・住基カード・旅券・保険証 その他 ( )					
	対象者 宛名番号		発効 期日		受付		入力
備考							