限度額適用

東京都国民健康保険　　標準負担額減額　　認定証

限度額適用・標準負担額減額

記入例

被保険者証記号番号		３９－　○○　・　○○○○　　（枝番）　○○
世帯主	住所	西東京市　**南町５－６－１３**
	氏名	**西東京　太郎**
	生年月日	●●　○○　年　○　月　○　日
	電話番号	０４２－○○○－○○○○
	個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
対象者	氏名	**西東京　花子**
	生年月日	●●　○○　年　○　月　○　日
	長期入院	該当　・　非該当
	個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

この欄は空欄でも問題ございません。
分かる範囲でご記入ください。
記入方法等ご不明な点がございましたら、
西東京市役所保険年金課国保給付係までお問い合わせください。
電話：０４２－４６０－９８２１（直通）

※郵送希望の方はご記入ください。(送付先は原則自宅又は医療機関となります)

送付先住所	〒２０２－８５５５ **東京都西東京市中町１－５－１**		
宛先	**防災・保谷保健福祉総合センター　保谷次郎**	電話番号	**042-○○○-○○○○**

送付先は、原則ご自宅ですが、入院中の病院又は入所中の施設に認定証を送付することもできます。

認することを承諾します。

●●　○年　○月　○日

申請者（世帯主）　住所：**西東京市南町５－６－１３**

氏名：**西東京　太郎**

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・個人番号カード その他（　　）						
	対象者宛名番号		発効期日		受付		入力	
備考								