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。病院や施設へ確認して頂いたうえで担当者又は担当部署までご記入ください。

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	個人番号カード・資格確認書・免許証・旅券 その他（　　）						
	対象者宛名番号		発効期日		受付		入力	
備　考								

※通知カードに記載された氏名、住所等が住民票に記載されている事項と一致している場合のみ有効。

～マイナ保険証について～

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除となり、認定証の事前申請は不要となります。