

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 - . (枝番)
世帯主	住所	西東京市
	氏名	
	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	
	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 日間
入院をした保険医療機関等		名称
		所在地

※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	〒 _____		
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：

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								