限度額適用

東京都国民健康保険　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		３９－　　・　　（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（世帯主）　住所：

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								

～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。