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	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。個人番号通知書は不可。

～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。