

被保険者証記号番号		記号	34-	番号	
世帯主	住所	東京都小平市小川町2丁目1333番地			
	氏名	国保 太郎		④ 女	
	氏名	⑤			
	年月日	続			
	個人番号	0123 4567 8910			
長期入院		⑥ 該当		交通事故等の第三者行為	⑦ 有

マイナンバーをご記入下さい。
※未記入でも申請できます。

申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○をしてください。

事故など他人の行為による疾病・けがで医療機関にかかっている場合は「有」を選択してください。

※長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計 (101 日間)

申請日の前1年間の入院日数	令和 4 年 8 月 1 日 ~ 4 年 8 月 10 日 (10 日間)
① 入院をした保険医療機関等	名称 小平病院 所在地 東京都小平市花小金井1丁目8番1号 4 年 9 月 1 日 ~ 4 年 11 月 30 日 (91 日間) 名称 国保病院 所在地 東京都小平市小川西町4丁目10番13号 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
② 入院をした保険医療機関等	名称 所在地

長期入院「該当」に○をされた方は、入院日数、入院をした保険医療機関等をご記入ください。
長期入院「非該当」に○をされた方は、空欄で構いません。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証の交付を申請します。

この申請に必要な市民税の確認は、公簿によることを承諾します。

令和 5 年 月 日

マイナンバーをご記入下さい。
※未記入でも申請できます。

世帯主 氏名 国保 太郎
個人番号 1111 2222 3333

届出人氏名	(世帯主の場合は省略可) 国保 花子	世帯主との続柄	妻	電話	042-346-9529
-------	-----------------------	---------	---	----	--------------

以下職員記入欄

受付	交付	郵送	資格	⑧
			住民票	I
			国保税	月 日
			有効期限	年 月 日 長期該当 年 月 日

ご記入いただいた内容について、こちらから確認をさせていただく場合がありますので、電話番号も忘れずにご記入ください。
携帯電話の番号でも構いません。