受　付　印

国民健康保険

☐ 限度額適用認定申請書
☐ 標準負担額減額認定申請書
☐ 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
☐ 入院日数届書

（あて先）　三鷹市長

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者記号番号				
世帯主	住　所			
	氏　名		電話番号	
	個人番号		生年月日	年　月　日
			性別	
限度額適用減額対象者	氏　名		電話番号	
	個人番号		生年月日	年　月　日
	世帯主との続柄		性別	

①	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	
②	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	
③	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	

申請者（届出者）　　年　月　日

☐ 世帯主　　☐ 代理申請者　住　所

☐ 限度額適用減額対象者　　氏　名

電　話　　続柄（　　）

交付年月日	年　月　日	長期該当	該当　・　非該当	
発効期日	年　月　日		申請日	年　月　日
有効期限	年　月　日		該当日	年　月　日

確認欄	対象者区分	ア　・　イ　・　ウ　・　エ　・　オ	滞納
		現Ⅱ　・　現Ⅰ　・　低Ⅱ　・　低Ⅰ	有・無