

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

受 付 印

(あて先) 三鷹市長

【年度更新用】

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				