

国民健康保険		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定申請書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定申請書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 <input type="checkbox"/> 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		<b>1</b>		
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	性別
	世帯主との続柄		年 月 日 から	年 月 日 まで
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		
② 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		
④ 入院をした保険医療機関等		名 称 所在地		
⑤ 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		
⑥ 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		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理申請者 住 所 <input type="checkbox"/> 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

## ～申請書の記載箇所について～

←①～⑤の箇所につき記載をお願いいたします。

### ①被保険者記号番号

交付を希望される方のマイナポータル又は資格確認書等に記載されている記号と番号をお書きください。

### ②世帯主

交付を希望される方の住民票上の世帯主の住所・氏名・生年月日・性別をお書きください。

### ③限度額適用減額対象者

交付を希望される方の氏名・生年月日・性別・続柄をお書きください。  
なお、世帯主本人が交付を希望される場合は「同上」でも結構です。

### ④入院履歴

現在お持ちの証の区分が「才」「Ⅱ」で、過去12ヶ月以内の入院日数の合計が90日を超える場合のみ、入院先の病院名・所在地及び入院期間をお書きください。

なお、直近2ヶ月以内の入院については三鷹市で確認ができないため、入院日数が記載された領収書等を添付してください。

### ⑤申請者（届出者）

申請年月日および申請をされる方について、□内にチェックをお書きください。代理人申請者の方は住所・氏名・電話番号・続柄をお書きください。

お問い合わせ先：市民部保険課国保給付係

電話 0422-29-9215