

調布市国民健康保険

 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

受付印

記入例

受付 確認

利用者	被保険者 記号番号枝番	3 1 - 01 - 1234 (枝番)	00		
	氏名	調布 花子			
	個人番号 (マイナンバー)	マイナンバー不明の場合は、空欄可。		世帯主との続柄	子
	生年月日	昭平令	12年 3月 4日	第三者行為によるご利用ですか (※交通事故・傷害事件など)	はい いいえ

申請者	調布 太郎	世帯主 との関係	本人	電話番号	090 (1234) 56××
-----	-------	-------------	----	------	-----------------

区分「オ」「低Ⅱ」で、過去1年間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方は、以下にご記入ください。

長期入院 (区分オ・低Ⅱの場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	適用年月日	年	月	日	
1	申請日前1年間の入院日数	令和4年 5月 31日 ~	令和4年	9月	3日	計 96 日
1	入院をした医療機関	名称	○×病院			
		所在地	調布市小島町2-△△-□			
2	申請日前1年間の入院日数	年	月	日	計	日
2	入院をした医療機関	名称	所得区分「オ」「低Ⅱ」(住民税 非課税世帯の方)で過去1年間 の入院日数が90日以上の場合 に記入が必要です。			
		所在地				

調布市長 宛

上記のとおり申請します。 2022 年 10 月 1 日

世帯主	住所	調布市 小島町2-35-1
	氏名	調布 太郎
	個人番号 (マイナンバー)	マイナンバー不明の場合は、空欄可。
	電話	042 (481) △△□□

マイナ保険証を利用し、医療機関の窓口でご確認いただければ、認定証がなくても、自己負担限度額が適用されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証を是非ご利用ください。

(以下、保険者記入欄) ※記入不要

新規・再交付・区分変更・市内転居・主変更・氏名変更・長期切替・その他	滞納確認	なし・あり
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	(※あり) 連絡・案内口
判定区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	担当 ()