

あなたが記入するところは全部で8つです。

①から⑧を順番に記入していけば完成です！

ください。

ません。

# 国民健康保険限度額適用（兼食事療養標準負担額減額）認定申請書

狛江市長 あて

国民健康保険限度額適

① 申請する日付を入れてください

申請します。認

定に当たりましては、担当職員が申請書類の提出状況により確認することに同意いたします。

年 月 日

診療を受ける方の氏名

② 診療を受ける方の氏名、住所、  
個人番号(任意)

③ 生年月日

住 所 狛江市

丁目 番 号

※ 診療を受ける方と窓口に来られた方が同じ場合は⑥のみ記入してください。

④ 申請者が診療を受ける方と異なる場合、代理人の氏名と住所

⑤ 診療を受ける方との関係（例 妻・弟など）

⑥ 電話番号

住 所

号

電 話 番 号

今日から過去1年間に通算して91日以上入院されたことがありますか？

ある（長期入院該当）  な い

1	入 院 間	年 月 日から
	医療機関（病 院 前）	年 月 日まで
2	入 院 間	年 月 日から
	医療機関（病 院 前）	年 月 日まで

申請日から過去1年以内に通算して90日以上入院したことがある方で、非課税世帯の方は、

⑦ 入院していた期間

⑧ 入院していた医療機関(病院等)の名前を記入してください

※入院していた期間全ての領収書が必要です。

ここまで記入できたら、窓口にもっていきましょう

《保険証》をお忘れなく。

(狛江市記入)

受

非該当

低Ⅰ 低Ⅱ (70歳以上)

真 宿 区 力  退扶  退本