

申
□
□
□
あなたが記入するところは全部で8つです。

ください。

①から⑧を順番に記入していけば完成です！

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、担当職員が申請書に記入された内容について確認することにご同意いたします。

平成 年 月 日

入院される方の氏名

② 入院される方の氏名と住所

③ 生年月日

住 所 狛江市 _____ 丁目 _____ 番 号 _____

※ 入院された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 申請者が入院された方と異なる場合、代理人の氏名と住所

⑤ 入院された方との関係（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90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 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	医療機関（病院等）	
2	入 院 期 間	年 月 日から
	医療機関	

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

（狛江市記入欄）

受 付 担	

低Ⅰ 低Ⅱ（70歳以上）

受給者の方 退扶