

申請前

- 保険
- 食事
- 国民健康保険

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！

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用（兼食事療養標準負担額減額）を申請します。認定に当たりましては、担当職員が住民税の課税台帳により確認することに同意いたします。

年 月 日

① 申請する日付を入れてください。

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

第三者行為(交通事故や傷害事件など)による傷病の治療である場合は、チェックしてください。その際には、傷病届等を別途提出していただく必要があります。

生年月日

今回の申請が第三者行為による傷病の治療目的である場合はチェックしてください。

この欄は、診療を受ける方が申請者の氏名

住 所

電 話 番 号

※ 以下、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

これより下は、住民税非課税世帯の方のみ記入してください。

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 り（長期入院該当） な し



①	入院期間	年 月 日～	年 月 日
	病院名		
②	入院期間	年 月 日～	年 月 日
	病院名		

申請日から過去 1 年以内に通算して 91 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。

本人確認

番号確認