

必要事項をご記入の上、ご本人確認書類(マイナンバーカード・免許証等)の写しと合わせてご郵送ください

記入例

国民健康保険 限度額適用
食事療養標準負担額減額 認定申請書
生活療養標準負担額減額

被保険者証	記号	埼所国	番号	123456
世帯主	住所	所沢市並木1丁目1番1号		
	氏名	所沢 太郎	生年月日	昭和40年 1月 1日
	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
減額対象者	氏名	所沢 次郎	生年月日	昭和55年 2月 1日
	世帯主との続柄	子	個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無

保険証の右上にある番号です。

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

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	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	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	日間
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

非課税世帯の方で、直近3ヶ月以内に入院期間がある方は記入ください。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の

限度額適用
食事療養標準負担額減額
生活療養標準負担額減額

申請します。

令和 ○年 ○月 ○日
(宛先)所沢市長

申請書を作成した方の
情報をご記入下さい。

申請者

住所 所沢市並木1-1-1
(居住地)
氏名 所沢 太郎
電話 04-2998-9131
個人番号 123456789012
(マイナンバー)

市(区町村)長
が証明する欄

下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区町村)民税が課されないことを証明します。

ご住所以外に送付を希望される方はこちらに送付先をご記入ください。

備考 「市(区町村)長が証明する欄」は

又はその写しによって確認することか

受付

送付先(自宅以外に郵送の場合)
〒

発行期日
/