

被保険者	記号	住所国	番号	
世帯主	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		個人番号 (マイナンバー)	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無
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		
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 を申請します。 年 月 日 (宛先)所沢市長 住所 (居住地) 氏名 申請者 電話 個人番号 (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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____ 市(区町村)長 氏名 印			

備考 「市(区町村)長が証明する欄」は、保険者が市(区町村)長であって、当該事実を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、省略できます。

受付	送付先(自宅以外に郵送の場合) 〒	発行期日 /
----	----------------------	-----------

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払い免除されます。

限度額適用認定証の事前登録は不要となりますので(長期入院該当の方を除く)、マイナ保険証をぜひご利用ください