

※太線の中を記入してください

No.

東京都国民健康保険 限度額適用 認定申請書  
標準負担額減額

年度分  
(上記年度8月～翌年7月)

八王子市長 殿

申請日 年 月 日  
以下のとおり申請します。

課長	主査	主任	係	起案者

※下記のとおり発行します。

被保険者 記号番号	24- -	一般・本人・扶養	アイウエオ 低I 低II 現I 現II	食のみ
--------------	-------	----------	---------------------	-----

世帯主	住所											
	氏名						電話番号	( )				
	個人番号											

減額対象者	氏名						生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号										

申請届出者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 減額対象者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人( )										※世帯員・代理人の場合は下記を御記入ください
	住所 (上記と異なる場合)	〒 -									TEL ( )
	氏名						世帯主との続柄				

送付先: 〒 -

※上記以外への送付を希望する場合御記入ください

申請日前1年間の入院履歴	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日		計	日
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日		計	日
入院をした 保険医療機関等	名称				
	所在地				

保険者記入欄(以下は記入しないでください)

交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日			
発効期日	年 月 日	長期該当日	年 月 日			
入院履歴	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
受付印	入院期間 確認	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 病院証 <input type="checkbox"/> レセプト	食事 差額申請	年 月診療分 申請書渡し済み	合計	日
	<input type="checkbox"/> 個人番号確認済 <input type="checkbox"/> 身元確認済 <input type="checkbox"/> 代理権確認済				<input type="checkbox"/> FAX送信済	
	SY.		備考			