

調布市国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

受付印	
受付	確認

利用者	被保険者証 記号番号枝番	3 1 - - (枝番)				
	氏名					
	個人番号 (マイナンバー)				世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	第三者行為によるご利用ですか (※交通事故・傷害事件など)

申請者		世帯主との関係		電話番号	()
-----	--	---------	--	------	-----

区分「オ」「低Ⅱ」で、過去1年間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方は、以下にご記入ください。

長期入院 (区分オ・低Ⅱの場合)		該当・非該当	適用年月日	年	月	日
1	申請日前1年間の入院日数		年 月 日 ~ 年 月 日			計 日
	入院をした医療機関	名称				
		所在地				
2	申請日前1年間の入院日数		年 月 日 ~ 年 月 日			計 日
	入院をした医療機関	名称				
		所在地				

調布市長 宛

上記のとおり申請します 年 月 日

世帯主	住所	調布市				
	氏名					
	個人番号 (マイナンバー)					
	電話					

(以下、保険者記入欄) ※記入不要

新規・再交付・区分変更・市内転居・主変更・氏名変更・長期切替・その他	滞納確認	なし ・ あり
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日
判定区分		ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ
		(※あり) 連絡・案内口 担当 ()