

第34号様式（第8条）

東京都国民健康保険限度額適用認定証

東京都国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

|           |      |        |   |        |         |  |
|-----------|------|--------|---|--------|---------|--|
| 被保険者証記号番号 |      | 29 - - |   | 新規・再交付 |         |  |
| 世帯主       | 住所   |        |   |        |         |  |
|           | 氏名   |        |   | 個人番号   |         |  |
|           | 電話番号 | ( ) -  |   |        |         |  |
| 対象者       | 氏名   |        |   | 個人番号   |         |  |
|           | 生年月日 | 年      | 月 | 日      | 世帯主との続柄 |  |

|      |               |        |         |           |             |       |  |
|------|---------------|--------|---------|-----------|-------------|-------|--|
| 長期入院 |               | 該当・非該当 |         | 長期入院該当年月日 |             | 年 月 日 |  |
| 1    | 申請日の前1年間の入院期間 |        | 年 月 日 ~ |           | 年 月 日 ( 日間) |       |  |
|      | 入院をした保険医療機関等  | 名称     |         |           |             |       |  |
|      |               | 住所     |         |           |             |       |  |
| 2    | 申請日の前1年間の入院期間 |        | 年 月 日 ~ |           | 年 月 日 ( 日間) |       |  |
|      | 入院をした保険医療機関等  | 名称     |         |           |             |       |  |
|      |               | 住所     |         |           |             |       |  |
| 3    | 申請日の前1年間の入院期間 |        | 年 月 日 ~ |           | 年 月 日 ( 日間) |       |  |
|      | 入院をした保険医療機関等  | 名称     |         |           |             |       |  |
|      |               | 住所     |         |           |             |       |  |

上記のとおり申請します。

また、この申請に係る審査等に関し、世帯主及び国民健康保険に加入している全ての世帯員について、市が市民税課税台帳を確認することに同意します。

年 月 日

府中市長

世帯主 氏名

|     |    |  |  |         |  |
|-----|----|--|--|---------|--|
| 届出人 | 氏名 |  |  | 世帯主との続柄 |  |
|-----|----|--|--|---------|--|

市記入欄

|      |             |      |                       |    |
|------|-------------|------|-----------------------|----|
| 保険種別 | 一般・退職       | 区分   | ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ | 備考 |
| 所得確認 | 公簿・簡易申告・その他 | 発送処理 | 窓口・郵送 ( / )           |    |
| 納付確認 | 滞納あり・滞納なし   | 受付者  |                       |    |