

郵送で申請する場合には、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・資格確認書等)の写しをご同封ください。

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	記号	埼玉県	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

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)	令和〇年 〇月 〇日から 令和〇年 〇月 〇日まで	93日間
	入院をした保険医療機関等	名称 ところざわ病院 所在地 所沢市並木〇一〇一〇	

長期入院該当とは

直近一年間で、区分オもしくは低所得Ⅱに該当している期間に入院日数が90日を超えている方が対象です。
該当された場合、入院中の食費が1食180円として計算されます。

該当すると思われる方、または区分が不明な方のみご記入ください。

注意：長期入院該当の情報は、限度額（食事・生活療養標準負担額減額）適用認定証の申請をいただいて初めて、マイナ保険証のオンライン資格確認に情報の連携を行います。長期入院該当の適用は限度額（食事・生活療養標準負担額減額）適用認定証の申請が必要です。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の
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 〇年 〇月 〇日
(宛先)所沢市長

申請書を作成した方の
情報をご記入ください。

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ら

受付

送付先(自宅以外に郵送の場合)

〒

発行期日

/