

限度額適用

国民健康

被保険者証の右上に
のっている6桁の番号
を記入してください。

負担額減額
・標準負担額減額

※注意

保険料に未納のある方には、
発行できません。

太枠の中をご記入
ください。

記号番号	鎌	適用 区分	一般・退職（ア・イ・ウ・エ・オ） 高齢（現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ）
世帯主	住所	鎌ヶ谷市 TEL	
	氏名	生年月日	年 月 男・女
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	日
	個人番号	男・女	続柄
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無
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	過去12か月以内に90日を越える入院があった場合は、該当に○をして、その内容を①～④に記入してください。なお、領収書の写しなどその日数がわかるものを添付してください。	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		
	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
④	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
備考			

年 月 日

市区町村長が 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____年度の市民税が課されないことを証明する。

- ・申請には公的機関が交付した写真付き身分証（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）のコピー1点、もしくは、氏名・生年月日か、氏名・住所が入った証明書類（国保の被保険者証や年金手帳、社員証、公共料金の請求書等）のコピー3点を添付してください。
- ・個人番号を記入した場合に郵送にてご提出される場合は、簡易書留でお送りください。個人番号を記入していない場合は普通郵便で構いません。なお、個人番号を記入していない場合は、添付していただいた身分証のコピーに基づいて確認いたします。