

【申請の際の注意点】

・郵送申請の場合は、申請書が市役所に届いてから2日～3日程度で住民登録上のご住所又は事前に届出いただいている送付先にお送りします。

・転入したばかりで所得が分からない場合や同一世帯の国民健康保険加入者が所得未申告だった場合など、所得区分が不明なときは、適用区分が「ア」（70歳以上の人は「一般」）となります。

確定申告の提出期限（3/15）後の申告情報は、反映までお時間がかかります。年度当初（8/1）から所得情報を反映した限度額証が必要な方は、3/15までの申告をお願いします。

・国民健康保険料に未納がある場合は、原則、認定証の交付は受けられません。納付相談の状況により交付できる場合もありますのでご相談ください。

・70歳以上で区分「一般」「現役並Ⅲ」の人は保険証が限度額証を兼ねます。本申請は不要です。

【送付先】

〒249-8686 逗子市逗子5丁目2番16号 逗子市役所 福祉部国保健康課 給付担当 宛

記入例

限度額適用  
国民健康保険 食事療養費標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

令和3年8月15日

逗子市長

住所 逗子市 逗子5-2-16

申請者氏名 逗子 太郎

(世帯主) 個人番号 1234 5678 9101

電話番号 046 ( 873 ) 1111

申請者欄は世帯主の情報を記入してください。  
個人番号はマイナンバーをご記入ください。わからない場合は空欄でも受け付けます。

次のとおり申請します。

対象者の氏名	逗子 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	被保険者証 記号番号	09- 00123456
生年月日	平成6年1月6日	個人番号	9876 5432 1987	
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当	区分	<input checked="" type="radio"/> 一般 ・ 退職	交通事故等の第三者行為
			有	<input checked="" type="radio"/> 無
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和2年 11月 1日 令和3年 2月 10日 102 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	■■■総合病院	
		所在地	●●市▲▲区◆丁目◆番◆号	
2	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日	日間	
	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	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

交通事故や傷害事件などによる傷害（傷病）で使用する場合は、第三者行為の届出が必要です。逗子市にご連絡ください。

この欄は、所得区分が「オ」又は「低所得者Ⅱ」の世帯で過去1年間の入院日数が90日以上の場合に記入が必要です。該当されている場合は、入院日数が90日以上あった事が分かる書類（病院の領収書等）の写しを添付してください。

市処理欄のため記入しないでください。