

保健事業の自己負担金免除申請書

(提出先) 長岡京市健康づくり推進課長

年 月 日

健康づくり推進課が実施する保健事業について、自己負担の免除を申請します。
なお、要件の確認のために免除希望者及びその世帯全員の課税状況を調査されることについて同意します。以上の内容については、免除希望者及びその世帯全員の承諾を得ています。

申請者(窓口に来られたあなた)

氏名(自署) 免除希望者世帯の
(世帯主との続柄)

生年月日 大・昭・平 年 月 日

住所 長岡京市

電話番号 — —

免除希望者の世帯構成	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長岡京市		
	前年度1月1日時点の住所	長岡京市・それ以外 ⇒ ※前年度1月2日以降に長岡京市に転入されている場合は、以前にお住まいの市町村が発行した世帯全員分の非課税証明書を添付してください。		
	氏名	生年月日	自己負担金免除カード希望	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日		あり なし
				あり なし
		年 月 日		あり なし
		年 月 日		あり なし
	年 月 日		あり なし	

※世帯全員が市民税非課税でないと制度対象になりません。

※記入に不備があると自己負担金免除カードを発行できないことがあります。

処理欄 (以下は記入しないでください。)		判定処理日	年 月 日
受付者	申請者確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	発行区分 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 ⇒ (世帯員の同封 可・不可) ↳ (免除希望者住所・申請者住所) ※申請者と免除希望者の住所が異なる場合のみ記入	
判定結果	申請区分	備考	
<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定	<input type="checkbox"/> 1. 本年度4月～本年度6月まで <input type="checkbox"/> 2. 本年度7月～来年度6月まで ※申請区分毎に申請書を分けること		

郵便での申請について

窓口申請が難しい場合は、次の方法により郵送で申請することができます。

① 保健事業の自己負担金免除申請書

申請書記入例に従い、必要事項を記入してください。

申請者は、対象者本人、またはそのご家族のみとなります。

② 申請者の本人確認書類

本人確認のため、「マイナンバーカード」「運転免許証」「健康保険証」などのコピーを同封してください。

なお、必要となる本人確認書類は、申請者欄に記載いただいた方のみです。

※健康保険証のコピーを使用する場合は、【被保険者等記号・番号】等が見えないように隠した状態（マスキング）で同封してください。

③ 返信用封筒

封筒に返信先の住所・氏名を記入し、郵便切手（84円分）を貼ってください。

①②③を同封し、長岡京市役所健康づくり推進課へ郵送してください。

配達及び役所の処理日数が必要となりますので、日数に余裕を持って申請してください。

①申請書

申請書

②本人確認書類（コピー）

≡

③返信用封筒

切手 617-8501
お名前様
ご住所

切手 617-8501
長岡京市役所
健康づくり推進課
宛

※住所の記載は不要です。

※必ず切手を貼ってください。

健康保険証のコピーを使用する場合

健康保険被保険者証	本人（被保険者）	00000
		令和〇年〇月〇日交付
氏名	長岡 京太郎	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	平成〇年 〇月 〇日	性別 男
資格取得年月日	平成〇年 〇月 〇日	
事業所所在地		
事業所名称	<input type="checkbox"/> 会社	
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇「保険者番号」をマスキング
保険者名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者所在地	京都府〇〇市〇〇	