

限度額適用認定証
国民健康保険 標準負担額減額認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

交付申請書・入院日数届書

(宛先)前橋市長

令和 年 月 日

被保険者 記号・番号	ま —	電話番号 (世帯主)	()
世帯主	住所	前橋市	
	氏名		
	生年月日	T S 年 月 日	個人番号
対象者	氏名		
	生年月日	S H 年 月 日	個人番号

長期入院	申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	①	入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
		保険医療機関等	名称	
	所在地			
	②	入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
		保険医療機関等	名称	
所在地				

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員(世帯主との続柄: 氏名:)				
	※「その他」の場合、下記をご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> その他	住所		世帯主との続柄	
		氏名		電話番号	()

【市記入欄】

適用区分等	ア・イ・ウ・エ・オ・食事のみ・不明		長期入院	該当・非該当		
	現Ⅱ・現Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅰ		長期入院該当年月日	R 年 月 日		
国保税納付状況 ※70歳未満	<input type="checkbox"/> 完納	交付年月日	R 年 月 日	被保険者証	持参 ・ 未持参	
	<input type="checkbox"/> 滞納有(特別事情有) <input type="checkbox"/> 滞納有(特別事情無)	交付方法	窓口・郵送・不認定			
確認	来庁者	個カ・免・在カ・その他 ()			受付印 	
	個人番号	世帯主	個カ・通カ・住民票・その他 ()			
		対象者	個カ・通カ・住民票・その他 ()			
		代理権	個カ・免・保・その他 ()			

受付者: _____