

記入例

国民健康保険 限度額適用認定証  
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

枝番の記入は不要

令和 ●年 ●月 ●日

被保険者 記号・番号	ま 123 - 4567	電話番号 (世帯主)	090 (1234) 5678	
世 帯 主	住 所	前橋市〇〇町一丁目2番3号		
	氏 名	前橋 太郎		
対 象 者	生年月日	T (S) H ●年 ●月 ●日	個人番号	記入不要
	氏 名	前橋 一郎		
	生年月日	S (H) R ●年 ●月 ●日	個人番号	記入不要

日中に連絡がとれる電話番号を  
記入してください。

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 checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
長期入院	入院期間(日数)	令和 ●年 ●月 ●日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日 91日間	
	① 保険医療機関等	名 称	〇〇病院
		所在地	前橋市〇〇町三丁目2番1号
	② 保険医療機関等	年 月 ~ 年 月 日	申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の 有無を□し、有れば、入院期間(日数)と保険医療 機関等を記入してください。

来 庁 者	□世帯主 □世帯員(世帯主との続柄: 氏名: )		
	□その他	※「その他」の場合、下記 記入不要	い。
		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 1 日
国保税納付状況 ※70歳未満	□完納	支 記入不要	年 月 日	資格確認書等 持参 ・ 未持参
	□滞納有(特別事情有) □滞納有(特別事情無)		支 付 方 法	
確認 個人番号	来庁者	個力・免・在力・その他 ( )		
	世帯主	個力・通力・住民票・その他 ( )		
	対象者	個力・通力・住民票・その他 ( )		
	代理権	個力・免・保・その他 ( )		

受付印

受付者: