

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 交付申請書・入院日数届書
 限度額適用・標準負担額減額認定証

(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 1 2 3 - 4 5 6 7	電話番号 (世帯主)	0 9 0 (1 2 3 4) 5 6 7 8
世帯主	住所	前橋市○○町一丁目2番3号		
	氏名	前橋 太郎		
	生年月日	T H	●年 ●月 ●日	個人番号
		記入不要		
対象者	氏名	前橋 一郎		
	生年月日	S 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。

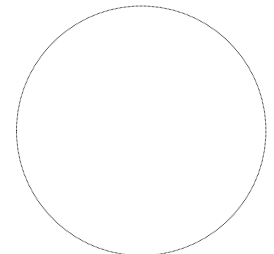
長期入院	申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	①	入院期間(日数)	令和 ●年 ●月 ●日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日	91日間	
		保険医療機関等	名称	○○病院	
			所在地	前橋市○○町三丁目2番1号	
②	入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日	日間		
		記入不要			
		申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無を☑し、有れば、入院期間(日数)と保険医療機関等を記入してください。			

来庁者	<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、下記を記入してください。			
	<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 1日	
国保税納付状況 ※70歳未満	<input type="checkbox"/> 完納	記入不要	資格確認書等	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 ()			
	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 ()		

受付印



受付者: