

様式第11号（第16条関係）

国民健康保険（限度額適用、標準負担額減額、限度額適用・標準負担額減額）認定証交付申請書
兼入院日数届出書

行田市長

年 月 日

下記のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者 記号・番号	行 田		ア	イ	ウ	エ	オ	才 長	現Ⅱ	現Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ	低Ⅱ 長
世帯主	住所												
	氏名					生年月日	年	月	日	男・女			
	電話番号	— —											
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	年	月	日	男・女			
		(世帯主との続柄)				個人番号							
第三者行為（交通事故等） 該当・非該当													

長期入院（非課税世帯の区分で90日を超える入院） 該当・非該当														
申請日前1年間の 入院期間（日数） および 入院をした 保険医療機関等	①	年	月	日から	所在地									
		年	月	日まで		名称								
		日間												
	②	年	月	日から	所在地									
		年	月	日まで		名称								
		日間												
③	年	月	日から	所在地										
	年	月	日まで		名称									
	日間													

申請代理人（世帯主以外の方が手続をする場合のみ）

住所

氏名

電話番号

世帯主との関係

同一世帯員

・ 同一世帯以外の親族

・ その他（

）

市処理欄

本人確認	①マイナンバーカード・運転免許証・在留カード・旅券・障害者手帳												
	②健康保険証・年金手帳・その他（												
滞納有無	無 ・ 有（相談状況等：												
交付方法	窓口 ・ 郵送（ 月 日発送 / 住所 ・ 設定済送付先）												
担当													