

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 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 01234567	ア	イ	ウ	エ	オ	才 長	現Ⅱ	現Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ	低Ⅱ
世帯主	住所	行田市本丸2-5										
	氏名	健康まもる				生年月日	S 〇年△月△日		男・女		男	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇										
限度額適用 減額対象者	氏名	健康たもつ				生年月日	H 〇年△月△日		男・女		男	
		(世帯主との続柄 子)				個人番号	××××〇〇〇〇△△△△					
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 行田市本丸2-5

氏名 健康 よしこ

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	