

国民健康保険限度額適用認定証等交付申請書 兼 入院日数届書

(宛先)新潟市長
次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)	住所	新潟市 中央 区 学校町通 番町 番地												
	氏名	新潟 花子								電話番号	- - - - -			
	個人番号 (マイナ)													

対象年度	令和 年度	被保険者証 記号・番号(枝番)	新潟 - - - - - (枝番)									
対象者	氏名	新潟 柳都						生年月日	平成 年 月 日			
	世帯主との 続柄	子	個人番号 (マイナンバー)									
長期入院※	該当 ・ 非該当		傷病原因	事故 ・ その他								

※長期入院該当者(住民税非課税世帯で申請月以前1年間の入院日数が90日を超える場合)は、裏面の入院日数届書を記入してください。

該当の場合は裏面も記入してください。

届出者 (窓口に来られた方)	☒ 世帯主 ☐ 対象者													
	☐ 同一世帯員(下記の「氏名」を記入)						☐ 代理人(下記の欄をすべて記入)							
	氏名							電話番号						
	住所							世帯主との 続柄						

処理欄(この欄は記入しないでください。) *受付区で決裁、保管

システム入力	☐ 入力済 ☐ 未入力	交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送(/)
申請方法	☐ 窓口 ☐ 郵送	交付年月日	年 月 日
適用区分	☐ 70歳未満(ア・イ・ウ・エ・オ)	発効期日	年 月 日
	☐ 70~74歳(現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ)		年 月 日
受付担当	区		年 月 日
届出者の 本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他()		
代理権確認	☐ 委任状 ☐ 確認書類持参 (☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他)		

長期入院該当【入院日数届書】

	申請日の前 1 年間の入院期間及び日数				入院をした保険医療機関等の名称及び所在地	
1	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
2	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
3	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
4	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
5	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
6	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
7	年	月	日から	日間	名 称	
	年	月	日まで		所在地	
