

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。

年 月 日

申 請 者 (世帯主)	住 所	新潟市 区														
	氏 名									電話番号						
	個人番号 (マイナンバー)															

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				生年月日	年      月      日
	世帯主との 続      柄		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。

届 出 者 (窓 口 に 来 ら れ た 方)	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 同一世帯員（下記の「氏名」を記入） <input type="checkbox"/> 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

保険証の区分	<input type="checkbox"/> 普通証 <input type="checkbox"/> 短期証（裏面調書へ） <input type="checkbox"/> 資格証（裏面調書へ）		
システム入力	<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 未入力	交 付 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(     /     )
申 請 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	交 付 年 月 日	年                  月                  日
適 用 区 分	<input type="checkbox"/> 70歳未満(ア・イ・ウ・エ・オ) <input type="checkbox"/> 70～74歳(現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ) <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証(食事)のみ	発 効 期 日	年                  月                  日
		有 効 期 限	年                  月                  日
受 付 担 当	区 (担当)	長 期 該 当 日	年                  月                  日

届出者の 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（　　　　　）
代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 確認書類持参 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
2	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
3	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
4	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
5	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
6	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	
7	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名 称	
		所在地	

調書欄（この欄は、記入しないでください。）

<p>限度額適用認定証等の交付に伴う納付相談調書</p> <p>（保険料担当取扱い）</p> <p>1 納付相談 有 ・ 応じない （保険料係確認 _____ 区 担当 _____）</p>
<p>（以下、給付担当取扱い）</p> <p>2 保険料を納付することができないと認められる事情</p> <p>① 世帯主の財産が災害または盗難にあった。</p> <p>② 世帯主または生計を一にする親族が病気または負傷した</p> <p>③ 世帯主が事業を廃止または休止したため</p> <p>④ 世帯主の事業に著しい損失を受けたため</p> <p>⑤ ①から④に類する事由があった（ _____ ）</p> <p>3 2に該当せず保険者が適当と認める場合（申立書の提出） 該当 ・ 非該当</p> <p>（適用区分「オ」の世帯で上記１～３のいずれにも該当しない場合は、標準負担額減額認定証のみを交付すること）</p>