

限度額適用  
 国民健康保険 標準負担額減額 認定証交付申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

注 意  
 ① 入院期間等については記載内容が確認できる書類等（領収書）を添付してください  
 ② 申請年月日の一月二日以降に転入された方は前住所地の市町村民税の所得に関する証明書を添付してください

被保険者証番号		資格		一般・退職本人・退職家族			
世帯主	住所	明石市					
	氏名	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日		適用区分	
限度額適用 減額対象者氏名		男 女	生年 月日	昭・平 年 月 日		世帯主との続柄	
長期入院	該 当 ・ 非 該 当						
申請日の前1年間の入院期間			入院日数	入院をした医療機関の名称及び所在地			
①	平成 年 月 日から	日	名称	所在地			
	平成 年 月 日まで			所在地			
②	平成 年 月 日から	日	名称	所在地			
	平成 年 月 日まで			所在地			
③	平成 年 月 日から	日	名称	所在地			
	平成 年 月 日まで			所在地			
④	平成 年 月 日から	日	名称	所在地			
	平成 年 月 日まで			所在地			
⑤	平成 年 月 日から	日	名称	所在地			
	平成 年 月 日まで			所在地			

上記にかかる認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日 申請者 住所 明石市

明石市長 様 (世帯主) 氏名

TEL ( ) -

被保険者証交付状況		保険料未納	納付相談	収納担当者	特別事情該当	(*)該当番号	
普通証・短期証・その他		有・無	済・未済		有・無		
審 査 欄	市民税申告状況確認		長期入院	差額支給の確認		交付決定状況	
	氏名	課・非	該当 日	該当・非該当		交付(該当)・却下(非該当)	
	氏名	課・非	非該当 日	上記のとおり交付してよろしいか。			
	氏名	課・非	発効期日	平成 年 月 日			
	氏名	課・非	年 月 日	課長	係長	係	受付
	氏名	課・非	有効期限	年 月 日			

(\*)特別事情該当者には、明石市国民健康保険資格証明書の交付基準の政令で定める特別の事情の判断基準(別表1)における該当番号を記載する。