

被保険者番号			
限度額適用減額対象者氏名			
対象者個人番号			
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
世帯主との続柄			
長期入院 (区分が「オ」又は「低Ⅱ」の場合)	過去 12 ヶ月の入院日数が 91 日以上ですか。	該 当 ・ 非 該 当	
	入院をした医療機関の名称	申請日の前 1 年間の入院期間 (日数)	
		年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
		年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
受診状況確認	本申請の原因となった傷病は、 交通事故等の第三者行為によるものですか。	は い ・ い い え	

明 石 市 長 様

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

世帯主 住 所

氏 名

連絡先 () -

個人番号

来庁者 氏 名

世帯主との続柄

(代理人) 連絡先 () -

(異送付先) 〒

住 所

氏名 (施設名)

※別世帯の方が申請を行う場合は、委任状が必要です。

※認定証は病院・施設、法定代理人、世帯主の親族以外には送付できません。

※入院期間等については、直近 3 か月の記載内容が確認できる書類 (領収書等) を添付してください。

※ 1 月 2 日以降に明石市に転入された方は、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。

※虚偽の申述等により不正に申請を行うことで、法に定める罰則を受ける場合があります。

<職員使用欄>

確認欄 (70 歳未満 要確認)	保険証等交付状況		保険料・納付相談		特別事情該当	
	☐ 保険証※ ☐ 資格証明書		☐ 滞納なし ☐ 滞納あり (☐ 領収済 ☐ 相談済 収納担当:)		☐ 無 ☐ 有 (該当番号*:)	
発行区分	☐ 新規 ☐ 再発行 ☐ 変更 ☐ 長期該当			交付決定状況	☐ 交付 ☐ 却下 (理由)	
適用区分	70 歳未満	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ		交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送	
	70 歳以上	☐ 現役並みⅡ ☐ 現役並みⅠ		交 付 日	令和 年 月 日	
		☐ Ⅱ (低所得者Ⅱ) ☐ Ⅰ (低所得者Ⅰ)		発効期日	令和 年 月 日	
区分相違	☐ 無 ☐ 有 → ☐ 管理係へ確認済			有効期限	令和 年 月 日	
長期入院 (オ・低Ⅱのみ)	☐ 非該当 ☐ 該当 (年 月 日から) 該当→長期入院該当日は申請日の翌月 1 日 (1 日付申請は当月 1 日)			受 付 者	備 考	
税 確 認	☐ オンライン ☐ 簡易申告 ☐ ()			あ・大・魚・二		

* 特別事情該当者は、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。

本人確認	1. (番号カード・免許証・パスポート・住基カード B・障害者手帳) (その他)
	2. (保険証※・年金証書・預金通帳) (社員証・学生証・聞き取り) (その他)
番号確認	☐ 本人自筆 (番号カード確認) ☐ 職員補記 () ☐ その他 ()