

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
世帯主との続柄	年	月	日
長期入院 <small>(区分が「オ」又は「低Ⅱ」の場合)</small>	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) 〒 _____ 氏名(施設名) _____
 住所 _____

※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	帳票種別	保険料・納付相談	特別事情該当
70歳未満 要確認	<input type="checkbox"/> 資格確認書・お知らせ <input type="checkbox"/> 特別療養	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり(領収済 <input type="checkbox"/> 相談済 収納担当:)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(該当番号*:)
	発行区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再発行 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 長期該当	交付決定状況 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 却下(理由)
適用区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	交付方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> Ⅱ(低所得者Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅰ(低所得者Ⅰ)	交付日 令和 年 月 日 発効期日 令和 年 月 日
区分相違	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 市章押印(年 月 1日から) <small>※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)</small>	受付者	備考
税 確 認	<input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> ()	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. マイナンバーカード・免許証・パスポート・障害者手帳・その他 ()
	2. (資格確認書等・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	<input type="checkbox"/> 本人自筆(マイナンバーカード確認) <input type="checkbox"/> 職員補記() <input type="checkbox"/> その他()