

兵庫県国民健康保険 限度額適用認定等 申請書

神戸市 _____ 区長 宛

兵庫県国民健康保険 限度額適用認定等について、別紙証拠書類を添えて、下記のとおり申請します。

1 「被保険者番号」

被保険者番号 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主 (申請者)

住所 神戸市 **中央** 区 **加納町6丁目5-1**

フリガナ **コウベ タロウ**

氏名 **神戸 太郎** 電話番号 **078 - 1234 - 5678**

2 個人番号

3 「対象者」

氏名 申請者と同じ **神戸 花子** 生年月日 **昭**・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日

個人番号 申請者と同じ **2345 - 6789 - 0123** 期 間 (申請月が7月の場合のみチェック)
 当年7月1日~当年7月31日まで
 当年8月1日以降

過去12か月間の91日以上入院の有無 (市民税非課税世帯の方のみチェック) あり なし
 ↳ ありの場合は、入院日数が分かるものを添付してください。

4 「来庁者」

住所 申請者と同じ

フリガナ 対象者と同じ

氏名 申請者との続柄

電話番号 - -

委任状 ※代理人が申請および認定証の受領をする場合にのみ記入
 申請および認定証の受領を下記の者に委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

5 「委任状」

受任者 (代理人) 住所 **病院の住所**

フリガナ

氏名 **病院の担当者名** 電話番号 **078 - 5678 - 1234**

委任者 (世帯主) 氏名 **神戸 太郎** 委任者(世帯主)との続柄 **記入不要**

《神戸市記入欄》

本人確認	世帯主の保険証等	認定区分 (69歳以下)	認定区分 (70歳~74歳)	長期該当
マイ・免・保・バ・資書 その他 ()	<input type="checkbox"/> 確認済	ア イ ウ エ オ オ 未納	現Ⅰ 現Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 該当: 令和 年 月 日から (91日目 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当
備考				
<input type="checkbox"/> 住基反映待ち <input type="checkbox"/> 資格入力待ち <input type="checkbox"/> 所得反映待ち <input type="checkbox"/> 留意事項なし <input type="checkbox"/> その他 ()				
起案日: 令和 年 月 日		決裁日: 令和 年 月 日		
神戸市情報公開条例第10条第1号に該当のため非公開		分類 17・04・02・03	保存 5年	課長 係長 担当
<input type="checkbox"/> (オ未納) 国民健康保険法施行規則第26条の3第1項 <input type="checkbox"/> (ア・イ・ウ・エ・オ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の2第1項 <input type="checkbox"/> (現Ⅰ・現Ⅱ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の4第1項 <input type="checkbox"/> (低Ⅰ・低Ⅱ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の5第1項 に基づき、認定してよろしいか。				



記入欄のご説明 (病院職員からの申請)

1 「被保険者番号」
 兵庫県国民健康保険被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせに記載の7桁の番号を記入してください。
 先頭に0が入る場合でも、空欄にせず0を記入してください。
 ※後期高齢者医療 (75歳以上) や社会保険等 (会社等の健康保険) の方は、当該保険に申請してください。

2 「世帯主 (申請者)」
 世帯主 (申請者) の情報を記入してください。

3 「対象者」

- 証の交付を希望する方の情報を記入してください。
- 申請者 (世帯主) と同じ場合は、「申請者と同じ」にチェックしてください。
- 申請月が7月の場合は「期間」についてもチェックしてください。
- 市民税非課税世帯の方は、「過去12か月間の91日以上入院の有無」についてもチェックし、「あり」の場合は、入院日数が分かるものを添付してください。

4 「来庁者」
 郵送申請の場合は記入不要です。来庁者が「世帯主」または「受任者」と同じ場合も記入不要です。

5 「委任状」
 ・病院の住所、担当者名、病院の電話番号を記入してください。

申請書裏面の提出書類もご確認ください。