

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

0123456

令和〇年〇月〇日

世帯主
(申請者)

2

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

個人番号

123456789012

対象者

3

氏 名

☐ 申請者と同じ
神戸 花子

生年月日

昭・平・令〇年〇月〇日

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。

来庁者
(申請者・受任者と
別の場合のみ記入)

4

住 所

☐ 申請者と同じ

フリガナ

電話番号

- -

成年後見人
等

氏 名

☐ 対象者と同じ

申請者
との続柄

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。

令和〇年〇月〇日

受任者
(代理人)

5

住 所

病院の住所

フリガナ

電話番号

078 - 5678 - 1234

氏 名

病院の担当者名

委任者(世帯主)との続柄

記入不要

委任者
(世帯主)

氏 名

神戸 太郎

《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（ ）	☐ 確認済	ア イ ウ エ オ オ 未納	現Ⅰ 現Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ	☐ 該当：令和 年 月 日から 令和 年 月 日 (91日目) ☐ 非該当
備考				
☐ 住基反映待ち ☐ 資格入力待ち ☐ 所得反映待ち ☐ 留意事項なし				
☐ 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
☐ (オ未納) 国民健康保険法施行規則第26条の3第1項 ☐ (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 ☐ (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 ☐ (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。				

受付印

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。