

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)

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

123456789012

対象者

3

氏名

神戸 花子

生年月日

☒ 申請者と同じ  
昭和・平・令〇年〇月〇日

個人番号

2345-6789-0123

期間

☐ 申請者と同じ  
(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)

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

4

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

受任者  
(代理人)

住所

フリガナ

電話番号

-

氏名

委任者(世帯主)との続柄

5

委任者  
(世帯主)

氏名

《神戸市記入欄》

| 本人確認                                                                                                                                                                                                                                                        | 世帯主の<br>保険証等                 | 認定区分<br>(69歳以下)   | 認定区分<br>(70歳～74歳) | 長期該当                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| マイ・免・保・バ・資書<br>その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 確認済 | ア イ ウ エ オ<br>オ 未納 | 現Ⅰ 現Ⅱ<br>低Ⅰ 低Ⅱ    | <input type="checkbox"/> 該当：令和 年 月 日から (91日目 令和 年 月 日)<br><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<br><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<br><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<br><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。 |                              |                   |                   |                                                                                        |

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」

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してください。  
→同一世帯の国保未加入者（世帯主・配偶者を除く）別世帯の代理人等（病院職員含む）が  
手続きする際は、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。