

記載例(同一世帯の国保未加入者(世帯主・配偶者除く)や別世帯の代理人が世帯主に代わり申請を提出し、証を受領する場合)

兵庫県国民健康保険 限度額適用認定等 申請書

| | | | | |
|-------|--------|---------------------------------|----|--|
| 来庁者氏名 | 代理人の氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 続柄 | 世帯主との関係を記入 <input type="checkbox"/> 本人 |
| 来庁者住所 | 代理人の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 電話 | 代理人の電話番号 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|-------|---|---|---|---|------|--------|----|---|---|---|---|---|
| 被保険者証番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | 神戸 花子 | | | | | 生年月日 | (昭)平・令 | 50 | 年 | 5 | 月 | 5 | 日 |
| 個人番号(マイナンバー) | 1 | 2 | 3 | 4 | - | 5 | 6 | 7 | 8 | - | 9 | 1 | 2 | 3 |

過去12カ月間の91日以上入院の有無 (市) 証が必要な方の被保険者証番号、氏名、生年月日、個人番号を記入してください。

| | | | | | | |
|---|-------------------|-----|---|---|-----|----|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 申請日の前 | 令和 | 年 | 月 | 日から | |

市民税非課税世帯の方で、過去12カ月間の入院日数が91日以上の方はこちらも記入してください。欄が足りない場合は、次ページに記入してください。

| | | | | | | |
|---|-------------------|--|---|---|-----|----|
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 日間 |
| | 入院をした保 | 世帯主の住所、氏名、日中に連絡が取れる電話番号、個人番号を世帯主が記入してください。 | | | | |

上記のとおり別紙証
令和 2年 7月 22日

世帯主 住所 中央 区 加納町6丁目5番1号
(申請者) 氏名 神戸 世帯主 電話(078) 123 - 4567
世帯主の個人番号(マイナンバー) 3 4 5 6 - 7 8 9 1 - 2 3 4 5

神戸市 中央 区長宛

委任欄(代理人が申請書の提出及び認定証の受領をする場合のみ)
申請書の提出及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 代理人の住所
氏名 代理人の氏名
世帯主との続柄 記入してください 電話 (代理人の電話番号)
委任者(世帯主) 氏名 神戸 世帯主

《神戸市記入欄》 世帯主が必ず記入してください。

| | | | |
|------|---------------------|----------------|--|
| 資格 | 69歳以下 | 70歳~74歳 | 長期該当 |
| 一般 | ア イ ウ エ オ 才未納 | 現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ | 非該当 令和 年 月1日から 該当 令和 年 月1日から (91日目 令和 年 月 日) |
| 却下理由 | | | |

| | | |
|--|--------------|--------------------|
| 起案日:令和 年 月 日 | 決裁日:令和 年 月 日 | 受付印 |
| 公開の状況:非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号に該当) | | 分類17-04-02-03 保存5年 |
| <input type="checkbox"/> (才未納) 国民健康保険法施行規則第26条の3第2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2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2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2項 に基づき、認定してよろしいか。 | | 課長 係長 係 |

| | | |
|---|-------------------|-----------------------------|
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 |
| ⑥ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 所在地 |

必ず、チェックをしてください。

必要書類(持参するもの)※確認欄にチェックをしてください(チェック必須)

| 確認 | 書類 | 備考 |
|----|--|---|
| ✓ | 世帯主の本人確認書類のコピー ※本人確認書類については、下記注意事項参照 | |
| | 交付済の限度額適用認定証等 | 証を破損や汚損されて再交付を希望される場合のみ |
| | 長期入院(過去12カ月の入院日数が91日以上)を確認できる領収書等のコピー | 食事代・居住費の「標準負担額減額認定証」の交付を受けようとする方で、市民税非課税世帯の方(70~74歳の方は「低所得2」該当) |
| ✓ | マイナンバーがわかるもの (次のいずれか) ①マイナンバーカード(個人番号カード)両面のコピー ②「通知カード+本人確認書類」のコピー ③「個人番号が記載された住民票の写し+本人確認書類」のコピー | 世帯主と証を必要とする方の分(マイナンバーがわかるものの提出がなくても申請することは可能です。) ※本人確認書類は世帯主分のみ。本人確認書類については、下記注意事項参照 |
| | 発行後概ね3カ月以内の登記事項証明書(原本) ※原本は、こちらでコピー後、限度額適用認定証等に同封して返却いたします。 | 成年後見人等の方 |
| | 成年後見人等の本人確認書類(コピー) | 成年後見人等の方 ※成年後見人等を弁護士や司法書士等の専門職に委任されている場合は、登記事項証明書に記載の住所と氏名が確認できる本人確認書類のコピー |
| | 病院職員の本人確認書類(コピー)と返信用封筒(病院の住所を記入) | 病院職員の方 病院職員と分かるもの。職員証等。名刺や名札は不可 |
| ✓ | 代理人の本人確認書類 ※本人確認書類については、下記注意事項参照 | 同一世帯の国保未加入者(世帯主・世帯主の配偶者を除く)や別世帯の代理人等が住民登録をしている区役所に来庁し、申請される場合。申請書の委任欄への記入が必要 |

※本人確認書類(aまたはbのいずれか)

a: 1つで良いもの

兵庫県国民健康保険証(神戸市の国民健康保険加入者に限る)、運転免許証、パスポート、マイナンバーカード(個人番号カード)、在留カード、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳(顔写真付き)、療育手帳、運転経歴証明書、その他官公署の発行する顔写真付きの証明書

b: 2つ必要なもの

健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳、その他公的機関が発行する書類で氏名、生年月日又は住所が確認できるもの