

神戸市 _____ 区長 宛

1 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。

被保険者証番号		0	1	2	3	4	5	6	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
世帯主 (申請者)	住所	神戸市 _____ 区 成年後見人の住所								
	フリガナ									
	氏名	成年後見人の氏名						電話番号	078 - 1234 - 5678	
2	個人番号	被成年後見人の個人番号								

対象者 3	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 神戸 花子		生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	個人番号	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 当年7月1日~当年7月31日まで <input type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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		
	フリガナ	電話番号	- -
	氏名	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 年 月 日

受任者 (代理人) 5	住所		
	フリガナ	電話番号	- -
	氏名	委任者(世帯主)との続柄	
委任者 (世帯主)	氏名		

《神戸市記入欄》

本人確認	世帯主の 保険証確認	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 その他 ()	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 非該当 (91日目 令和 年 月 日)
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。				

受付印

1 「被保険者証番号」

兵庫県国民健康保険被保険者証の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（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）」

・登記事項証明書に記載の成年後見人（保佐人・補助人）の情報を記入してください。
※個人番号は、被成年後見人（被保佐人・被補助人）のもの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」

・記入不要です。

申請書裏面の提出書類もご確認ください。