

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。

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

対象者 <b>3</b>	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <b>神戸 花子</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	個人番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <b>2345 - 6789 - 0123</b>	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) <b>4</b>	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	フリガナ		電話番号 - -
	氏名	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日

受任者 (代理人) <b>5</b>	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 (成年後見人・保佐人・補助人からの申請)

**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)」**  
 ・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。**