

記入例

国民健康保険 ☐ 限度額適用
☐ 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

受付印

次のとおり、申請します。

年 月 日 太枠内をご記入ください

加古川市長様 ※保険料に未納のある場合、交付されないことがあります。

届出人 (窓口に来た人)	住所 加古川市 加古川町北在家2000番地		新規 更新 再交付												
			区分変更 長期認定 (その他)												
	氏名 加古川 太郎	世帯主との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ その他 ()	世帯主・世帯員・代理人												
	電話番号 079-421-2000		運転免許証・個人番号カード その他()												
申請者 (世帯主)	被保険者記号・番号							1	2	3	4	5	6	7	
	住所 ☒ 届出人と同じ														
	氏名 ☒ 届出人と同じ														
	電話番号 ☒ 届出人と同じ														
	個人番号 マイナンバーカードの番号を記入してください。														
	所得区分							旧ただし書所得							
								901万円超							
								600万円超～901万円							
								210万円超～600万円							
								210万円以下							
							住民税非課税								
適用区分 (70歳未満)							ア イ ウ エ オ								
適用区分 (70歳以上)							現役並み II I 低所得者 II I								
交付							窓口								
							/								
交付							郵送								
							/								
発効期日							年 月 日								
長期入院							該当 非該当								
							年 月 日								
							☐ 長期入院公印 ※該当ありの場合								
却 下															
対象者	氏名 加古川 花子														
	生年月日 昭和・平成・令和 △年○月○日														
	個人番号 マイナンバーカードの番号を記入してください。														

以下、職員記入欄

長期 確認	対象年度	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	非課税確認	入院日数		
	年度													非課税	日間		
	年度													非課税			
保険料支払い状況										受付		入力・確認					
滞納なし		滞納あり		・3か月未満 ・債権管理課 様確認済													
備考										☐ マイナ保険証概要説明済み				第三者行為：有・無 一般・前高			