

# 記入例

【法別番号：41】

## 医療費助成申請書（高齢期移行）

申請者の  
氏名・フリガナ・生年  
月日・電話番号・住  
所・今年と前年1月1  
日の住所・個人番号を  
記入

加入医療保険の添付書類については、申請者の資  
格確認書またはマイナポータルの健康保険情報画  
面の写しを裏面に添付

月 日  
報連携によ  
。

申請者 兼 同意者	氏名	カコガワ タロウ <b>加古川 太郎</b>		電話番号		
	住所	加古川市 <b>加古川町北在家2000番地</b>				
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → <b>兵庫</b> 都道府県 <b>神戸</b> (市) 区町村
	個人番号	<b>1234</b>	—	<b>5678</b>	—	<b>9012</b>
加古川市の国民健康保険に加入の場合は、以下に世帯主を記入してください。 当事業において、公費負担した額のうち、世帯主が負担する額及び受領を加古川市に委任します。 また、加古川市が保険者から被保険者情報及び給付情報等を受領するに必要に応じて受給者の情報を保険者に提供することに同意します。						
世帯主名		<b>加古川 太郎</b>				

世帯員全員の  
氏名・フリガナ・生年  
月日・住所・続柄・今  
年と前年1月1日の住  
所・個人番号を記入

【個人番号について】  
申請者の番号確認と本人確認を行いますので、以下の書類をご提示  
ください。郵送の場合は、書類の写しを申請書の裏面に貼り付けて  
ください。

- マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの方  
マイナンバーカードの表面及び裏面の写し
- マイナンバーカードをお持ちでない方
  - 番号確認書類  
通知カード、住民票等
  - 本人確認書類  
(1)か(2)のいずれか  
(1)写真付きの証明書（1点）  
運転免許証、障害者手帳、パスポート等  
(2)写真なしの証明書（2点）  
健康保険の資格確認書、年金手帳、介護保険受給者証等

世帯員	氏名	(フリガナ) カコガワ ハナコ <b>加古川 花子</b>	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者に同じ	続柄	<b>妻</b>
	今年1月1日の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外 → <b>兵庫</b> 都道府県 <b>神戸</b> (市) 区町村
	個人番号	<b>9876</b>	—	<b>5432</b>	—	<b>1098</b>
含む 兼 同意者	氏名	(フリガナ)	住所		続柄	
	今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 加古川市 <input type="checkbox"/> 加古川市外 →	都道府県	市区町村	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 →
	個人番号					

※マイナ保険証で申請をする方は、保険情報を記入してください。（太枠内は必須）

保険情報	被保険者	申請者に同じ		保険者名称	加古川市国民健康保険	
	資格取得日			記号	番号	
資格確認書等の健康保険情報の写しをご用意できず、マイナ保険 証で申請する場合は、保険情報欄を記入してください。				センター等受付印	担当課受付印	入力
★・所得情報の調 査の場合は、同 ・世帯員の数記入欄が多い場合は、複数枚にわたって記載してく ださい。 ・住所と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区 町村を記載してください。						確認