

国民健康保険

- 【若人・前期】限度額適用認定
- 食事療養標準負担額減額認定
- 限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

被保険者証の記号番号		福					—					
対象者	氏名									世帯主との続柄		
	個人番号 (マイナンバー)									生年月日	昭 平 令	年 月 日

※申請日より過去一年間に90日以上入院したことがある方は、①・②に記入してください。

①	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所 福知山市

世帯主氏名

世帯主個人番号
(マイナンバー)

電話番号

福知山市長 様

この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市国民健康保険事業に係る事務に利用します。

処	個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他()			受付者名	受 付 印	
	実存確認方法	写真有 (1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()				
		写真無 (2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他()				
手続き方法	窓口申請 (<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請						
理	資格種別	一般・退本・退扶	申告	有・扶養・無	資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ			交付年月日	令和 年 月 日	
	長期該当	該当・非該当	個人コード		適用年月日	令和 年 月 日	
	未納	無・有・未納あったが窓口にて完納確認済			有効期限	令和 年 月 日	
欄	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	長期入院該当日	
						令和 年 月 日	

届出人	住 所			
	氏 名		世帯主と の 続 柄	
	電話番号	()	—	
	備 考 欄			