

国民健康保険

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

交付申請書

被保険者証		記号	福				番号				
対象者	氏名								世帯主との続柄		
	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

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(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項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	
欄	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	
	決裁	課長	課長補佐	係長	係	長期入院該当日	令和 年 月 日

※郵送手続きの場合は記入不要です。

届出人	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	電話番号	()	—	
	備考欄			