

# 記載例

太枠の中をご記入ください

国民健康保険 <  限度額適用  標準負担額減額  限度額適用・標準負担額減額 >

認定申請書

証交付 ・  証未交付 (辞退理由) 令和 年 月 日

被保険者証記号番号		倉・ <b>あ</b> —		電話番号 <b>い</b> - -		
世帯主	住所	佐倉市		個人番号	12ケタのマイナンバー <b>お</b>	
	氏名	<b>う</b>	男・女	生年月日	T/S/H 年 月 日	
減額対象者 (入院する者)	氏名	<b>え</b>	男・女	生年月日	T/S/H 年 月 日	
	世帯主との続柄			個人番号	12ケタのマイナンバー <b>お</b>	
申請日以前1年間の入院履歴	①	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 間まで 日間			
	①	医療機関名称			長期入院	該当・非該当
		医療機関所在地			交通事故等の第三者行為	有 ・ 無
	②	入院期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日 間まで 日間			
	②	医療機関名称				
		医療機関所在地				
	③	入院期間				
		医療機関名称				
	③	医療機関所在地				
		入院期間				
	④	医療機関名称				
		医療機関所在地				

※国民健康保険税の滞納のある方は発行されませんのでご注意ください

## 入院中の場合

- ・入院、初日の日付を記入してください。(分かる範囲で)
- ・病院名・病院の所在地を記入してください

千葉県 国民健康保険 被保険者証

有効期限 令和 年 月 日

**あ** 記号 倉 番号 ●●●●●●●●●●

氏名 **え** 佐倉 花子 性別 女

生年月日 昭和 年 月 日

世帯主氏名 **う** 佐倉 太郎

住 千葉県佐倉市海隣寺町97番地

適用開始日 令和 年 月 日

交付年月日 令和 年 月 日

保険者番号 120121 佐倉市

- あ** 保険証の番号を記入してください。
- い** 電話番号を記入してください。
- う** 世帯主の住所と氏名と性別と生年月日を記入してください。
- え** 認定証を使用するかたの氏名と性別と生年月日を記入してください。  
世帯主との続柄を記入してください。(例:母、妻、子など ※世帯主からみた続柄)
- お** 個人番号(マイナンバー)を記入してください。  
※個人番号の記入が無くても申請ができます。未記入の場合は、職員が確認させていただきますのでご了承ください。

令和3年8月1日から使用される保険証のイメージです。

