

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) 年 月 日

記号番号	倉・ あ —	電話番号 い — —		
世帯主	住所	佐倉市	個人番号 (マイナンバー)	12ケタのマイナンバー お
	氏名	う	生年月日	S/H/R 年 月 日
交付対象者	氏名	え	生年月日	S/H/R 年 月 日
	世帯主との続柄		個人番号 (マイナンバー)	12ケタのマイナンバー お
申請日前後1年間の入院履歴	入院期間	年 月 日から 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		日間	
	③ 入院		日間	
	④ 入院		日間	
	⑤ 入院		日間	
	⑥ 入院		日間	
	⑦ 入院		日間	
	⑧ 入院		日間	

入院の予定がない場合は、記載不要です。
入院中または、入院の予定がある場合は、わかる範囲
でご記入ください。

千葉県 国民健康保険 資格確認書	有効期限	令和 年 月 日
あ 記号	倉	番号 ●●●●●●●●●● (枝番) 01
氏名 え	佐倉 花子	
生年月日	昭和 年 月 日	
適用開始日	令和 年 月 日	
交付年月日	令和 年 月 日	
う 世帯主氏名	佐倉 太郎	
住所	千葉県佐倉市海隣寺町97番地	
保険者番号	1 2 0 1 2 1	交付者名 佐倉市

- あ** 資格確認書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。

※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