

# 兵庫県国民健康保険 限度額適用認定等 申請書

来庁者氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 郵送申請の場合は記入不要です。             </div>	<input type="checkbox"/> 日本人
来庁者住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ	<input type="checkbox"/> 電話

被保険者証番号	1	2	3	4	5	6	7							
対象者 氏名	神戸 花子						生年月日	(昭)平・令	年 月 日					
個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	1	2	3

過去12カ月間の91日以上入院の有無	(市)	証が必要な方の被保険者証番号、氏名、生年月日、個人番号を記入してください。												
--------------------	-----	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日まで	日間
市民税非課税世帯の方で、過去12カ月間の入院日数が91日以上の方はこちらも記入してください。欄が足りない場合は、次ページに記入してください。							

③	入院	令和	年	月	日から	日まで	日間
登記事項証明書に記載の成年後見人(保佐人、補助人)の住所、氏名、また、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。							

上記のとおり  
令和 6年 4月 1日

世帯主 住所 中央 区 加納町6丁目5番1号

(申請者) 氏名 神戸 太郎 電話 ( 078 ) 123 - 4567

世帯主の個人番号(マイナンバー) 3 2 1 9 - 8 7 6 5 - 4 3 2 1

## 神戸市 中央 区長宛

委任欄(代理人が申請書の提出及び認定証の受領をする場合のみ)

申請書の提出及び認定証の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

受任者(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

世帯主 \_\_\_\_\_

委任者(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

記入不要です。

《神戸市記入欄》

資格	69歳以下	70歳～74歳	長期該当	世帯主の 保険証確認
一般	ア イ ウ エ オ オ未納	現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ	非該当 令和 年 月1日から 該当 令和 年 月1日から (91日目 令和 年 月 日)	
却下理由				

起案日: 令和 年 月 日	決裁日: 令和 年 月 日	受付印
公開の状況: 非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号に該当)		分類 17-04-02-03 保存 5年
<input type="checkbox"/> (オ未納) 国民健康保険法施行規則第26条の3第2項 <input type="checkbox"/> (ア・イ・ウ・エ・オ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の2第2項 <input type="checkbox"/> (現Ⅰ・現Ⅱ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の4第2項 <input type="checkbox"/> (低Ⅰ・低Ⅱ) 国民健康保険法施行規則第27条の14の5第2項		課長 係長 係
に基づき、認定してよろしいか。		

④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑥	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

必ず、チェックをしてください。

必要書類(同封するもの)※確認欄にチェックをしてください(チェック必須)

確認	書類	備考
	国民健康保険証のコピー	証を必要とする方の分
	交付済の限度額適用認定証等	証を破損や汚損されて再交付を希望される場合のみ
	長期入院(過去12カ月の入院日数が91日以上)を確認できる領収書等のコピー	食事代・居住費の「標準負担額減額認定証」の交付を受けようとする方で、市民税非課税世帯の方(70~74歳の方は「低所得2」該当)
	マイナンバーがわかるもの(次のいずれか) ①マイナンバーカード(個人番号カード)両面のコピー ②「通知カード+本人確認書類」のコピー ③「個人番号が記載された住民票の写し+本人確認書類」のコピー	世帯主と証を必要とする方の分(マイナンバーがわかるものの提出がなくても申請することは可能です。) ※本人確認書類は世帯主分のみ。本人確認書類については、下記注意事項参照
	①発行後概ね3カ月以内の登記事項証明書(原本)(保佐人・補助人の場合は代理行為目録も提出してください。) ②成年後見人などの本人確認書類(コピー) ③登記事項証明書に記載の住所と氏名が確認できる書類のコピー(①と②の記載内容が異なる場合のみ) ※登記事項証明書の原本は、こちらでコピー後、限度額適用認定証等に同封して返却いたします。	成年後見人等の方
	病院職員の本人確認書類と病院職員と分かるもの(コピー)と返信用封筒(病院の住所を記入)	病院職員の方 病院職員と分かるもの。職員証等。名刺や名札は不可
	代理人の本人確認書類 ※本人確認書類については、下記注意事項参照	同一世帯の国保未加入者(世帯主・世帯主の配偶者を除く)や別世帯の代理人等が住民登録をしている区役所に来庁し、申請される場合。申請書の委任欄への記入が必要

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※本人確認書類(aまたはbのいずれか)

a: 1つで良いもの

兵庫県国民健康保険証(神戸市の国民健康保険加入者に限る)、運転免許証、パスポート、マイナンバーカード(個人番号カード)、在留カード、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳(顔写真付き)、療育手帳、運転経歴証明書、その他官公署の発行する顔写真付きの証明書

b: 2つ必要なもの

健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、年金手帳、その他公的機関が発行する書類で氏名、生年月日又は住所が確認できるもの