

国民健康保険 限度額適用認定等 申請書

※ 色付き部分に必要な事項を記入してください。

保険証番号		申請内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 記載事項変更 <input type="checkbox"/> 再発行 <input type="checkbox"/> 年度更新	
対象者	1人目	(氏名)	生年月日	
		個人番号	長期該当 該当・非該当 交通事故等の第三者行為 有・無	
	2人目	(氏名)	生年月日	
		個人番号	長期該当 該当・非該当 交通事故等の第三者行為 有・無	
	3人目	(氏名)	生年月日	
		個人番号	長期該当 該当・非該当 交通事故等の第三者行為 有・無	
	4人目	(氏名)	生年月日	
		個人番号	長期該当 該当・非該当 交通事故等の第三者行為 有・無	
	5人目	(氏名)	生年月日	
		個人番号	長期該当 該当・非該当 交通事故等の第三者行為 有・無	
届出人	氏名	世帯主との続柄		
	住所	(電話番号)		

※ 届出人が世帯主の場合は、「届出人」欄の記入は不要です。

上記のとおり、関係書類を添えて認定証の交付を申請します。	
伊丹市長 様	申請日
申請者(世帯主)	
住所	(電話番号)
氏名	個人番号

※ 保険者記入欄 (以下は記入しないでください)

判定区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	(受付者)
	現並Ⅰ ・ 現並Ⅱ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ	