

被保険者証記号番号	61-	対象者宛名番号	
-----------	-----	---------	--

対象者	氏名					世帯主との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	個人番号	
第三者行為等 確認欄	傷病の原因は <b>交通事故</b> や <b>傷害事件</b> もしくは <b>仕事</b> 中のものですか？ ※上記の場合、国民健康保険を使って受診するには届出が必要です。					はい・いいえ	
資格確認書	資格確認書への記載(併記)を希望しますか？(保険情報と一体化) ※資格確認書交付対象者のみ					はい・いいえ	

課税区分	(課税)	ア	イ	ウ	エ	現役 I	現役 II	長期入院	該当・非該当					
	(非課税)	オ				低 I	低 II		91日目該当日	令和	年	月	日	
①	申請日の前1年間の入院日数		平成・令和			年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	( 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年間の入院日数		平成・令和			年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	( 日間)
	入院をした保険医療機関等		名称											
		所在地												
③	申請日の前1年間の入院日数		平成・令和			年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	( 日間)
	入院をした保険医療機関等		名称											
		所在地												
④	申請日の前1年間の入院日数		平成・令和			年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	( 日間)
	入院をした保険医療機関等		名称											
		所在地												

入院日数合計 ( 日間)

粕屋町長殿

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主

住所 粕屋町

氏名

個人番号

電話番号 ( - - )

申請人  
※申請人が世帯主本人の場合、記入の必要はありません

住所

氏名

電話番号 ( - - )

世帯主との続柄

町処理欄	税確認	<input type="checkbox"/> 公簿(オンライン) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書	適用年月日	R . .	交付者
	本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	長期該当年月日	R . .	
	資格確認書欄が「はい」の場合 → <input type="checkbox"/> 資格確認書へ切替証(書)回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 返信用封筒			交付・郵送	R . .