

記入例

申請日 ※証の発行期日は、原則、申請日の属する月の1日から

令和 6年 12月 2日

被保険者記号番号		0 7 — 0 1 2 3 4 5 6										電話番号		33-1845	
世帯主	住所	〒250-8555 小田原市 荻窪300番地													
	氏名	小田原 花子				生年月日		25年 4月 1日							
	個人番号（マイナンバー）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1													
限度額適用 減額対象者	氏名	小田原 梅子				生年月日		47年 5月 3日		50					
	個人番号（マイナンバー）	1 0 9 8 7 6 5 4 3 2													
	世帯主との続柄	子		長期入院（直近1年・91日以上）		該当		非該当							
申請理由		1 疾病等 2 第三者行為（事故・けんか等） 3 業務上の事由・通勤													

以下は、申請日の前1年間の入院期間が合計91日以上の場合のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和4年 4月 1日～ 令和4年 11月 30日 (244 日間)	日数
①	入院をした保険医療機関等	名称 小田原市立病院	領収書
		所在地 久野46番地	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	領収書
	入院をした保険医療機関等	申請の直近1年以内に91日以上入院があった場合は、「該当」に○を付けたうえで、入院期間等を記入 ※入院期間の領収書（写し）を併せて提出する	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		領収書
	入院をした保険医療機関等	所在地	

世帯主の情報を記入

- ・住所
- ・氏名
- ・生年月日
- ・マイナンバー

証の交付を受ける対象者の情報を記入

- ・氏名
- ・生年月日
- ・マイナンバー
- ・世帯主との続柄

注意事項等

- 記入例を参考に太枠内に必要事項を御記入ください。
誤って記入してしまった場合は、訂正箇所には二重線を引いて、余白に正しい内容を御記入ください。
- 申請方法は、市役所2階2番窓口もしくは住民窓口（マロニエ・いずみ・こゆるぎ）での窓口申請または郵送申請になります。
郵送の場合は、〒250-8555 小田原市荻窪 300 番地 保険課国民健康保険係宛にお送りください。
市役所以外で申請された場合は、郵送交付となるため、お手元に届くまで1週間程度かかります。
※アークロード市民窓口では御申請いただけませんので御注意ください。
- 国民健康保険料の滞納がある世帯および所得未申告の方がいる世帯については、限度額適用の認定をすることができない場合があります。
- その他、不明な点がございましたら、小田原市保険課国民健康保険係までお問い合わせください。
電話 0465-33-1845