

令和6年度

(令和6年4月1日～
令和7年3月31日分)柏市国民健康保険・柏市後期高齢者
保健事業利用助成申請書

記載例

令和 6 年 7 月 7 日

柏市長 あて

申請者	住所	柏市柏 5-10-1		
	氏名	柏 令子		
	電話番号	090-1234-5678	交付希望者との続柄	母

申請者と交付希望者の住所が違う場合のみ、交付希望者の住所を記入してください。

交付希望者の住所 柏市柏下65-1-1

申請者と交付希望者の住所が異なる場合のみご記入ください。

柏市国民健康保険に加入しています。

<交付希望者>

↓ 申請者も交付を希望する場合は、下の欄に再度記入してください。

氏名	生年月日・年齢	該当に必ずチェック☑してください	区分	整理番号
1 柏 翔太郎 被保険者証番号※1 ※1 分かる場合はご記入ください 1234567	明・大 昭・平 元 年 4月 2日 (35) 歳	1, 柏市国民健康保険または千葉県後期高齢者医療制度に加入していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい ※「いいえ」の場合はご申請できません 2, 18～38歳までの健康診査でご利用予定はありますか。 (今年度末(令和7年3月31日時点)で18歳から38歳の方のみご記入ください) <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※健診のための申請期間は令和7年1月15日まで	国保	
2 被保険者証番号※1	明・大 昭・平 年 月 日 () 歳	1, 柏市国民健康保険または千葉県後期高 <input type="checkbox"/> はい ※「いいえ」の場合はご申請できません 2, 18～38歳までの健康診査でご利用予定はありますか。 (今年度末(令和7年3月31日時点)で18歳から38歳の方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※健診のための申請期間は令和7年1月15日まで	国保 後期	
3 被保険者証番号※1	明・大 昭・平 年 月 日 () 歳	1, 柏市国民健康保険または千葉県後期高齢者医療制度に加入していますか。 <input type="checkbox"/> はい ※「いいえ」の場合はご申請できません 2, 18～38歳までの健康診査でご利用予定はありますか。 (今年度末(令和7年3月31日時点)で18歳から38歳の方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※健診のための申請期間は令和7年1月15日まで	国保 後期	

18～38歳の方は、必ず記入してください。
(はい、またはいいえ)

次の場合は、利用券を交付できませんのでご了承ください。

- 柏市が交付する国民健康保険又は市内在住の千葉県後期高齢者医療の被保険者以外
- 保険料に未納がある
- 年度末時点の年齢が18歳未満

郵送で申請される場合は、公的機関発行の本人確認書類の写し(保険証・マイナンバーカード表面等)を添付してください。

【柏市使用欄】

受付場所	本人確認書類	有 ・ 無	<受付>
	資格	有 ・ 無	
	滞納	有 ・ 無	
交付年月日	令和 年 月 日	備考	
		1838受診券 窓口 <input type="checkbox"/> 発行 受診券番号 ()	