



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

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		交付希望者 との続柄	

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	
----------	--

柏市国民健康保険等保健事業利用規則第6条第3項の規定により、次のとおり申請します。

＜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	必ず チェック☑してください	区分	整 理 番 号
1	被保険者証番号※ ※ 分かる場合はご記入ください	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 () 歳	現在、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。 ☐ はい *職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。	国保	
				後期	
2	被保険者証番号※ ※ 分かる場合はご記入ください	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 () 歳	現在、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。 ☐ はい *職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。	国保	
				後期	
3	被保険者証番号※ ※ 分かる場合はご記入ください	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 () 歳	現在、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。 ☐ はい *職場の健康保険等に加入されている方は対象外です。	国保	
				後期	

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。

- ① 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
- ② 保険料に未納がある
- ③ 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(マイナンバーカード・運転免許証等)を添付してください。

【柏市使用欄】

受付場所	健康増進課	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		