

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

申請書

限度額適用・標準負担額減額

受付No. _____

◎太枠の中をご記入ください。

届出人 1.世帯主 2.	氏名							(あて先) 日野市長 令和 年 月 日届出
	個人番号							
	電話	()						
国民健康保険証 記号・番号	35 - .						<input type="checkbox"/> 普通世帯 <input type="checkbox"/> 擬制世帯	
住所	日野市							
減額 対象者	氏名				生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	世帯主 との続柄	
申請日前1年間の 入院期間及び 保険医療機関名	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称						
		所在地						
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称						
		所在地						
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称						
		所在地						

この件について、市民税の課税状況の確認に同意します。

令和 年 月 日 (世帯主)

国保加入者全員の氏名及び続柄	
	世帯主

世帯の所得 _____

課 ・ 非

課 ・ 非

課 ・ 非

課 ・ 非

※未申告の方は、住民税の申告をして下さい。
※滞納のある方は、納税課で相談が必要です。

長期該当

令和 年 月 日

発効期日

令和 年 月 日

有効期限

令和 年 月 日

対象者	<input type="checkbox"/> 一般					<input type="checkbox"/> 高齢者				
課税状況 (証の表示)	ア <input type="checkbox"/>	イ <input type="checkbox"/>	ウ <input type="checkbox"/>	エ <input type="checkbox"/>	オ <input type="checkbox"/>	食事 <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	低II <input type="checkbox"/>	低I <input type="checkbox"/>
滞納状況	有 ・ 無									
限度額認定	担当() <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可									
減額認定	<input type="checkbox"/> 認定					<input type="checkbox"/> 非認定				

第三者行為 (交通事故等)

該当・非該当