

国民健康保険

□限度額適用

□標準負担額減額

□限度額適用・標準負担額減額

申請書

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	日野 太郎						(あて先) 日野市長 令和 〇年 〇月 〇日届出					
	個人番号	1	2	3	4	5	6				7	8	9
	電話	042(585)1111						<input type="checkbox"/> 普通世帯 <input type="checkbox"/> 擬制世帯					
国民健康保険証 記号・番号	35-99・9999												
住所	日野市 神明1-12-1												
減額 対象者	氏名	日野 花子			生年 月日	昭和・平成・令和 55年 5月 5日		世帯主 との続柄	妻				
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	名称									
	年	月	日まで	所在地									
			日間										
	年	月	日から	名称									
	年	月	日まで	所在地									
			日間										

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 〇〇年 〇月 〇日 (世帯主) 日野 太郎

国保加入者全員の氏名及び続柄	
日野 太郎	世帯主
日野 花子	妻
日野 一郎	子

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	イ	ウ	エ	オ	食事	II	I	低II	低I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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