

見本

◎太枠の中をご記入ください

申請書を記入される方の
■氏名 ■マイナンバー
■世帯主からみたご関係
をご記入ください

- ◇ 該当する項目にチェックをいれてください
- ◇ 令和7年7月31日までの認定証をお持ちの方で、令和7年8月1日以降の認定証が必要な方は、更新申請にチェックをいれてください

届出人 1.世帯主 ②妻	氏名 保険 花子	個人番号 電話 042 (585) 1111	あて先) 日野市長 〇〇年 〇月 〇日届出
国民健康保険証 記号・番号	35-98-7654 (枝番) 01	<input checked="" type="checkbox"/> 欄	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input checked="" type="checkbox"/> 更新申請 (令和7年8月以降)
住所	日野市 神明1-12-1		
減額 対象者	氏名 保険 太郎	生年月日 昭和30年1月1日	世帯主 との続柄 本人
申請日前1年間の 入院期間及び 保険医療機関名	令和6年 8月1日 から 令和6年 11月30日 まで 122 日間	名称 日野市立病院	所在地 日野市立病院

認定証が必要な方の
氏名をご記入ください

認定証が必要な方の情報をご記入ください

- ◇ 保険証記号・番号(被保険者証・資格確認証・資格情報のお知らせに記載)
- ◇ 氏名
- ◇ 生年月日
- ◇ 世帯主との続柄

- ◇ 住民税非課税世帯の方で、今年の8月1日から現在まで**91**日以上入院がある方はご記入ください
- ◇ 入院の領収書(郵送の場合はコピー)を添えて申請してください

この件について、市民税の課税状況の確認に同意します。

〇〇年 〇月 〇日 (世帯主)

保険 太郎

国保加入者全員の氏名及び続柄

保険 太郎	世帯主
保険 花子	妻
保険 一郎	子

世帯の所得

課・非

課・非

記入日および世帯主様の氏名
をご記入ください

世帯主様と国民健康保険に加入している方
全員のお名前、
および世帯主との続柄をご記入ください

記入不要

対象者

課税状況

(証の表示)

滞納状況

限度額認定

減額認定

□ 一般

ア イ

□ □

担当(

□ 認定

□ 非認定

効期日

年 月 日

効期限

年 月 日

第三者行為(交通事故等)

該当・非該当