

オンライン用

□限度額適用

□標準負担額

◇ 該当する項目にチェックをいれてください

◇ 令和6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、更新にチェックをいれてください

マイナンバーをご記入ください
※別紙をご参照下さい

申請書を記入される方の
氏名をご記入ください

届出人
1.世帯主
② 妻

氏名

保険 花子

(あて先)

〇〇年 〇〇日届出

個人番号

電話

042 (585) 1111

国民健康保険証
証番号・番号

35-98-7654 (枝番) 01

欄

□新規申請

☑更新申請

(令和7年8月以降)

世帯主からみたご関係
をご記入ください

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

認定証が必要な方の
情報をご記入ください

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

申請日前1年間の
入院期間
保険医療様

- ◇ 住民税非課税世帯の方で、昨年(令和6年)の8月1日から現在まで91日以上(91日)以上の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

※
※
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。

対象者

□一般

□高齢者

課税状況
(証の表示)

ア イ
□ □

滞納状況

限度額認定

担当(

減額認定

□認定 □非認定

記入不要

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

