**郵送・オンライン兼用申請書**

□限度額適用

□標準負担額減額

□限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険　　　　　　　　　　　申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付№

◎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  　　　　年　　月　　日届出 | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |
| 電話 | ( 　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | ☑欄 | □新規申請  □更新申請  （令和7年8月以降） | | |
| 国民健康保険証  記号・番号 | | | | ３５－　　・　　　（枝番） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 日野市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額  対象者 | 氏名 |  | | | | | | | | 生年  月日 | | | | 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。  　　　　　　　　　　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

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | □ 一　般 | | | | | | □ 高齢者 | | | |
| 課税状況  （証の表示） | ア  □ | イ  □ | ウ  □ | エ  □ | オ  □ | 食事  □ | Ⅱ  □ | Ⅰ  □ | 低Ⅱ  □ | 低Ⅰ  □ |
| 滞納状況 | 有　　　・　　　無 | | | | | | | | | |
| 限度額認定 | 担当(　　　　　)　□　可　　□　不可 | | | | | | | | | |
| 減額認定 | □　認定　　　　□　非認定 | | | | | | | | | |

課　・　非

課　・　非

□普通世帯

□擬制世帯

課　・　非

|  |
| --- |
| 長期該当 |
| 年　 　月　 　日 |
| 発効期日 |
| 年　 　月　 　日 |
| 有効期限 |
| 年　 　月　 　日 |

課　・　非

第三者行為（交通事故等）

　該　当・非該当