**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