

見本

5年度

国民健康保険

◎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を
ご記入ください。

書

受付No.

□限度

(あて先) 日野市長
〇〇年〇月〇日届出

マイナンバーをご記
入ください
※別紙をご参照下さい

届出人
1.世帯主
2.妻

氏名

保険 花子

国 健康保険証

個人番号

電話

042 (585) 1111

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

保険証上部の記号・番号・枝番を
ご記入ください

認定証が必要な方
の情報を記入く
ださい

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

令和 5年 8月1日から

名称

日野市立病院

令和 5年 11月30日まで

所在地

日野市多摩平

122日間

令和 年 月 日から

住民税非課税世帯の方で、昨年の8月

令和 年 月 日まで

1日から現在まで91日以上の入院

日間

がある方は、この欄にご記入いただき、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

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

日間

申請日前1年間
の入院期間及び
保険医療機関名

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

記入日および世帯主様の氏名を
ご記入ください。

の申告をして下さい。

課・非

※滞納のある方は、納税課で相談が必要です。

課・非

課・非

長期該当

年月日

発効期日

年月日

有効期限

年月日

世帯主様および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

□高齢者

II I 低II 低I
□ □ □ □

滯納状況

有 無

限度額認定

担当() □可 □不可

減額認定

□認定 □非認定

第三者行為(交通事故等)

該当・非該当

マイナンバー（個人番号）の記入と本人確認について

平成28年1月から社会保障、税、災害対策分野において、法律や条令で規定された手続きの申請書・届出書にマイナンバー（個人番号）の記入と本人確認が必要となりました。よって、国民健康保険限度額適用申請書についても、マイナンバーの記入欄を設けました。

下記の申請書内の欄に「通知カード」又は「マイナンバーカード」に記載されている12桁の個人番号をご記入ください。

ご記入される場合は、手続きをされる方の「マイナンバーカード」の写し（両面）を添付してください。マイナンバーカードをお持ちでない場合は以下の**本人確認書類**と**個人番号書類**の写しを添付してください。（詳細は以下をご参照ください。）

※ マイナンバーを記入できない場合は、**本人確認書類**と**個人番号確認書類**の写しの添付をせず、空欄のままご提出して下さい。

《 見本 》

届出人 1.世帯主	氏名		(あて先) 日野市長 年 月 日届出
	個人番号	（12桁）	
2.	電話		

マイナンバー記入欄

本人確認書類

① 1点で確認できるもの（有効期限内のものに限る）

マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書（平成24年4月1日以降のもの）、
パスポート、身体障害者手帳、在留カードの写しなど

② 2点確認できるもの（有効期限内のものに限る）

被保険者証（公的医療保険のもの）、介護保険証、年金手帳、氏名と生年月日又は住所が印字された申請書の写しなど

個人番号確認書類

マイナンバーカード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し、個人番号が記載された住民票記載事項証明書の写し