

見 本

年度

健康保険

申請書を記入される方の氏名を
ご記入ください。

書

◎太枠の中をご記入ください。

□限度

受付No.

届出人 1.世帯主 2.妻	氏名 保険 花子	(あて先) 日野市長 〇〇年 〇月 〇日届出	
国健康保険証	個人番号 電 話 042 (585) 1111	マイナンバーをご記入ください ※別紙をご参照下さい	
日野市	35 - 98 ・ 7654 (枝番) 01	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 情報をご記入ください	日野市 神明1-12-1	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 5年 8月1日から 令和 5年 11月30日まで 122日間	名称 日野市立病院	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、 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	所在地 日野市多摩平	
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		

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
課 ・ 非
課 ・ 非

※滞納のある方は、納税課で相談が必要です。

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

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

長 期 該 当
年 月 日
発 効 期 日
年 月 日
有 効 期 限
年 月 日

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 2.	氏 名	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 1.2em; display: inline-block;"></div>	(あて先) 日野市長 年 月 日届出
	個人番号 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