

# 見本

国民健康保険

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。

□限度額

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	
	個人番号 電話	042 (585) 1111				
国民健康保険証	35 - 98・7654 (枝番) 01				マイナンバーをご記入ください ※別紙をご参照下さい	
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 情報をご記入ください	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7年8月1日から 令和8年11月30日まで 122日間		名称	日野市立病院		
申請日前1年間の 入院期間及び 保険医療機関名	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		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					

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

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  
□ □ □ □

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