

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証 記号番号		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄	個人番号(マイナンバー)
第三者行為(交通事故・傷害事件など)によるご利用ですか		有 ・ 無

※非課税世帯の方のみ

長期入院	該 当 (年 月 から) ・ 非該当	91日目 令 年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 日間 令 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 日間 令 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令 年 月 日から 日間 令 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地

砺波市長 宛 上記のとおり申請します。		申請日 令和 年 月 日
世帯主	住所 砺波市	
	氏名 印	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
	電話番号	個人番号(マイナンバー)
届出人 (世帯主以外の場合)	住所	
	氏名	(世帯主との続柄)
	電話番号	

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ								未 納	なし・あり
課税状況	区分	上位1	上位2	一般1	一般2	非課税	現Ⅱ	現Ⅰ		
	確認									
届出人 確認欄	個人番号カード・運転免許証・保険証・介護保険証・その他()								担当者	受付者
	(発行番号) (有効期限) ☐ 別世帯の場合、保険証又は委任状確認									