

国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証 記号番号		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	男・女			
	電話番号	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	男・女			
	世帯主との続柄	個人番号				
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	未納	なし・あり			

※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			
	入院をした保険医療機関等	令 年 月 日まで				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	名 称				
	入院をした保険医療機関等	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			
	入院をした保険医療機関等	令 年 月 日まで				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	名 称				
	入院をした保険医療機関等	所在地				

市町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市民税が課されないことを証明する。 _____ _____ <div style="text-align: right;">砺波市長 印</div>
----------------	---

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							

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

届出人連絡先

住所 _____
 氏名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 _____

担当者	受付者

届出人確認欄 免許証・保険証・高齢受給者証・介護保険証・その他(_____)