

限 度 額 適 用
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

年 月 日

豊川市長 殿

住 所

世帯主 氏 名

個人番号

(マイナンバー)

限 度 額 の 適 用
下記のとおりですので、標準負担額の減額を認定してください。
限度額の適用及び標準負担額の減額

記

被保険者証の記号番号	長期入院 ※市民税が非課税になつてから90日以上の入院 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
被保険者の区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者の被扶養者	第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
対象者の氏名及び生年月日	年 月 日生
対象者の個人番号	
該当区分 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	
①	申請日前1年間の入院期間 年 月 日から 日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関の名称及び所在地 名 称 所在地
②	申請日前1年間の入院期間 年 月 日から 日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関の名称及び所在地 名 称 所在地
③	申請日前1年間の入院期間 年 月 日から 日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関の名称及び所在地 名 称 所在地
④	申請日前1年間の入院期間 年 月 日から 日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関の名称及び所在地 名 称 所在地

注 該当する□に \surd 印を記入してください。