

限度額適用
国民健康保険標準負担額減額認定
限度額適用・標準負担額減額

記入例
太枠内を記入して下さい

年 月 日

申請する日を記入

豊川市長 殿

住所 豊川市諏訪1丁目1番地

世帯主氏名 豊川 太郎

個人番号 1234 5678 9012
(マイナンバー)

下記のとおりですので、限度額の適用
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 987654	長期入院 ※市民税が非課税に なってから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 豊川 花子	昭和54年12月11 日生
対象者の個人番号	2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
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"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅰ	
① 申請日前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

○申請方法<国民健康保険の方のみです>

申請書を記入し、下記必要書類をご持参の上、豊川市役所保険年金課・各支所(一宮、音羽、御津、小坂井)窓口へお越しください。

代理の方が申請する場合委任状は必要ありませんが、認定証が必要な方の被保険者証を必ずご持参ください。

○申請に必要なもの

- ・申請書(窓口にも用意しています)
- ・認定証が必要な方の国民健康保険被保険者証
- ・世帯主と認定証が必要な方のマイナンバーの分かるもの

※国民健康保険資格確認の為、窓口にご来庁いただくことを原則としていますが、健康上の理由などにより来庁が難しい場合には、保険年金課までご連絡ください。

【問合せ先】豊川市役所保険年金課 TEL 0533-89-2135

FAX 0533-89-2172