

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

| | |
|---|--|
| 被保険者の記号番号 | 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 |
| | 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。