

{
}

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

被保険者証記号番号			受付	入力
世帯主	住所	高岡市		
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	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
	個人番号			
長期入院	該当・非該当			
①	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院日数	平・令 年 月 日 ~ 年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
 令和 年 月 日

住所
 申請者 氏名
 電話番号

高岡市長あて

処 理 簿	認 定 簿	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 区 分 ア・イ・ウ・エ・オ・食事 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ 認定等年月日
	差額支給	有・無	令和 年 月 日
本人確認	運転免許証 ・ 個人番号カード ・ 不可 ・ その他()		令和 年 月 日
納付状況	適 ・ 否 ・ 確認不要	交付	窓口 ・ 郵送 (月 日)