

決議	課長	課長補佐	総括担当	主務者	窓口取扱者	合議	世帯の課税区分の確認	
							70歳未満	70歳以上
							<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ
							<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ
							<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> 現役並Ⅰ
認定証 年月日			交付年月日	年月日	年月日	年月日	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> 現役並Ⅱ
			発効年月日	年月日	年月日	年月日	<input type="checkbox"/> オ	
			有効年月日	年月日	年月日	年月日		
			長期入院該当年月日	年月日	年月日	年月日		

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

被保険者番号				1 一般	2 退職本人	3 退職扶養
減額対象者	氏名				世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日			個人番号	
境界層	該当		非該当			
長期入院	該当		非該当			
①	申請日の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
④	申請日の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 (       ) \_\_\_\_\_

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氷見市長  あて