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

被保険者証記号番号	南砺				
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
	個人番号				
減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄		長期入院	該当・非該当	

①	申請日の前１年間の入院日数（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院した保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院日数（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院した保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院日数（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院した保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年　月　日

世帯主　住　所　南砺市

氏　名　印

（TEL　）

（窓口に来た人の氏名　続柄　）

（あて先）　南砺市長

税	所得区分	境界層
有・無		該当・非該当

処理	交付	確認	本人確認	郵送
	未・済		・運転免許証 ・パスポート ・住基カード（顔写真付）・個人番号カード ・その他（　）	

所管課	課長	係長	合議	主務者	受付印	市民センター	総括	主務者	受付者	受付印