

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

記入例

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

次のとおり申請します。なお、資格の確認に必要な公簿を閲覧されることに意義ありません。

1. 認定証が必要な方 ※ 必須		申請日	令和 3 年 1 月 25 日
氏 名	立山 次郎	生 年 月 日	昭和 平成 令和 7 年 2 月 15 日
被 保 険 者 証 記 号 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8	個 人 番 号	

認定証が必要な方の
・被保険者証記号番号
・個人番号
のいずれかを記入してください。

2. 世 帯 主 (申 請 者) ※ 必須		電話番号	(0 7 6) - 4 6 2 - 5 5 5 0
世 帯 主 氏 名	立山 太郎	個 人 番 号 (マイナナンバー)	0 1 2 3 - 4 5 6 7 - 8 9 1 0
住 所	〒930-0292 立山町前沢2440番地		

3. 届 出 者 ※ 上記世帯以外の方が申請する場合のみ記入。		電話番号	(0 7 6) - 4 6 2 - 9 9 4 0
氏 名	富山 峰子	個 人 番 号 (マイナナンバー)	0 0 0 0 - 5 5 5 5 - 8 8 8 8
住 所	〒930-8501 富山市立山1番7号		
生 年 月 日	昭和 平成 令和 4 7 年 1 1 月 1 2 日	認定証が必要な方とのご関係	叔母

4. 長 期 入 院 ※ 認定証が必要な方が非課税世帯であり、かつ申請日前1年間の入院日数が90日を超える場合のみ記入。			
①	入院した医療機関等	名 称	立山町民病院
		所 在 地	立山町前沢1169番地
	入 院 日 数	令和 2 年 1 0 月 2 日 ~ 令和 2 年 1 2 月 3 1 日	9 1 日間
②	入院した医療機関等	名 称	
		所 在 地	
	入 院 日 数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
③	入院した医療機関等	名 称	
		所 在 地	
	入 院 日 数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
非 課 税 確 認 (職 員 記 入)		☐ 課税台帳 ☐ 申告書 ☐ その他()	

職 員 使 用 欄

本人確認	☐ 運転免許証 20 年 (番号) 第		記入不要	☐ マイナナンバー ☐ 身体障害者手帳	☐ 受付印	
限度額区分	7 0 歳 未 満	ア・イ・ロ・ハ・ニ・ホ	滞納確認	有・無	多数該当	有・無
	7 0 歳 以 上	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	特記事項			