

様式第11号(第29条関係)

国民健康保険 限度額適用
標準負担額減額 認定申請書

申請日 年 月 日

世帯主	記号	上松	番号	
	住所	上松町		
	氏名		生年月日	年 月 日
対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄		長期入院	該当 ・ 非該当

※保険税に滞納等ある場合、認定証が交付されないことがあります。

下記の欄は、申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方のみ記入してください。(オ・低Ⅱ)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

担当係処理欄

担当係処理欄	☐ 70歳未満 ☐ 前期高齢者			
	保険税滞納	無 ・ 有	町 民 税	申告済 ・ 未申告
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ ・ 低Ⅰ・低Ⅱ・現役Ⅰ・現役Ⅱ		
	発 行	即日 ・ 郵送	却 下	理由()
処 理 日	年 月 日		担 当 者	