

様式第11号(第29条関係)

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
標準負担額減額

申請日 R 6 年 1 2 月 2 日

世帯主	記号	上松 1 2 3	番号	4 5 6 7
	住所	上松町 大字上松 1 5 9 - 4		
	氏名	上松 太郎	生年月日	S 5 0 年 1 1 月 2 2 日
対象者	氏名	上松 花子	生年月日	S 5 0 年 1 1 月 2 3 日
	世帯主との続柄	妻	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	