様式第13号(第21条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 限度額適用食事療養標準負担額減額生活療養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 | 記号 | 松国 | 番号 | 　 |
| 認定対象者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 男・女 |
| 世帯主との続柄 | 　 | 個人番号 |  |
| 適用区分 |  | 交通事故等の第三者行為 | 有・無 | 長期入院 | 該当・非該当 |
| ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。 | 入院日数合計(　　　　日間) |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) |
| 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～　　年　　月　　日(　日間) |
| 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～　　年　　月　　日(　日間) |
| 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～　　年　　月　　日(　日間) |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) |
| 入院を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認定証の交付を申請します。

　　令和　　年　　月　　日

　東松山市長　　　宛て

住所

世帯主　氏名

個人番号

　　　　　　　　電話　　　(　　　　)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 写あり（　免　個　パ　在　他　　 ） | 受付者 |  | 受付印 |
|  |
| 写なし（　保　通　他　　　　　　 ） | 備　考 |
|  |
| 郵送更新 | □有　□無　（入力　□済　□未） |