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） |