

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
	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (入力 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			