様式第13号の(2)(第21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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | | | 記号 | 松国 | | | 番号 | |  | | | | | |
| 世帯主 | | | 住所 |  | | | | | | 氏名 |  | | | |
| 個人番号 |  | | | 生年月日 | | | 年　　月日 | | | | 男・女 |
| 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 | |  | | |
| 長期入院 | | | 該当・非該当 | | 有 ・ 無 | | | 交通事故等の  第三者行為 | | | | 有・無 | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | | | | から  まで | | | | | | 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) | | | | | | から  まで | | | | | | 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) | | | | | | から  まで | | | | | | 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) | | | | | | から  まで | | | | | | 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) | | | | | | から  まで | | | | | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | 名称 |  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 所得区分 | | １．現役並みⅡ  ２．現役並みⅠ  ３．低Ⅱ  ４．低Ⅰ | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係資料を添えて認定証の交付を申請します。  　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　氏　　名  　　　東松山市長　宛て　　　　　　　　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） |