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） |