

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	1 1 1 1 1 1	
世 帯 主	住 所	東松山市松葉町1-1-58		氏名	松山 太郎
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	生年月日	昭和〇〇年3月 1日	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
対 象 者	氏 名	松山 花子	生年月日	昭和〇〇年5月 1日	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	世帯主との続柄	妻		個人番号	1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6
長 期 入 院	該当・非該当	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		交通事故等の 第三者行為	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から 日間 まで		
	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 日間 まで		
	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 日間 まで		
	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 日間 まで		
	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 日間 まで		
	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 <input checked="" type="radio"/> 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。 令和〇年 〇月 〇日 住 所 東松山市松葉町1-1-58 世帯主 氏 名 松山 太郎 東松山市長 宛て 個人番号 123456789012 電 話 0493 (00) 0000					

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)		