

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