第１３号様式（第１５条、第１９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険限度額適用認定証交付、限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | 島２- | | 申請内容  （該当に○） | | | 新規 | | | 長期 | | 再発行 | | 負担区分変更 |
| 世帯主 | | 住所 | 二本松市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 限度額適用減額対象者 | | 氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 世帯主との続柄 | |  | | | 個人番号 | | |  | | | | | |
| 適用区分 | | ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | | | | | | | | 長期入院 | | 該 当・非該当 | | | |
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | | 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） | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | | 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） | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | | 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） | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | | 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） | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | 名称 | | |  | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | |

　上記のとおり申請します。

　　　　　年　　月　　日

住　　所

世帯主　氏　　名

個人番号

（電話番号　　　―　　　　　）

　　二本松市長