

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		日間			
				年 月 日まで					
	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）			年 月 日から		日間			
				年 月 日まで					
	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）			年 月 日から		日間			
				年 月 日まで					
	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）			年 月 日から		日間			
				年 月 日まで					
	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）			年 月 日から		日間			
				年 月 日まで					
	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