## 第13号様式(第15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													
被記		険 番	者号	島2-		請内 当に			新規	見長期	再発行	f 年	負担区分 変更	
世	帯主	住	所	二本松市						電話				
		氏	名				生生	F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	<ul><li>・ウ・エ・オ・仮</li></ul>	氐Ⅰ・低Ⅱ	· 判	見 I	• 現	ΙП	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		田間	
	T明ロツ川1十川ツ八匹朔间(日郊)								年	月	日まで		H l±1	
	入院をした保険医療機関等							称						
							在	地	<i>f</i>	н	□ .2. ≿			
2	申請日の前1年間の入院期間(日数) 入院をした保険医療機関等								年	月	日から		日間	
									年	月	日まで			
								称						
3						所	在	地	年		日から			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)								7	. Д	H W- O		日間	
								T.L.	年	月	日まで			
	入院をし	療機関等	名	在	称									
			ולו	1工	地	年	月	日から						
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)								·	, •			日間	
	入院をした保険医療機関等							称	年	. 月	日まで			
							在							
(5)	申請日の前1年間の入院期間(日数)					// 1	,		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		71	16			
						所	在	地						

上記のとおり申請します。

二本松市長

年 月 日

	住	所	
世帯主	氏	名	印
	個人	番号	
	(電	話番号	)