

第 1 3 号様式（第 1 5 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 保 号	險 番 号	者 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								
	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				
	入院をした保険医療機関等					年 月 日まで				
						名 称				
②	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）					年 月 日から 日間				
	入院をした保険医療機関等					年 月 日まで				
						名 称				
③	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）					年 月 日から 日間				
	入院をした保険医療機関等					年 月 日まで				
						名 称				
④	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）					年 月 日から 日間				
	入院をした保険医療機関等					年 月 日まで				
						名 称				
⑤	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）					年 月 日から 日間				
	入院をした保険医療機関等					年 月 日まで				
						名 称				
					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
個人番号
(電話番号) 印