

国民健康保険

限度額適用認定証
 食事療養標準負担額減額認定証
 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					
世帯主	住所	松前町大字			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
対象者□	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	男・女
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（ 日間）		
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	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	
	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	
	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	
	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	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

松前町長 様

上記のとおり認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

申 請 者

_____ 世帯主との続柄 (_____) 個人番号 _____

電話番号

本 人 認	1号	運転免許証	パスポート	マイナンバーカード	その他 (_____)
	2号	医療保険証	介護保険証	年金手帳	その他 (_____)
	その他	(_____)			