

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年	月 日
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年	月 日
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)	令和 年 月 日から 日間 令和 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2年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 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3年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 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4年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主名 _____

(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

兵庫県宍粟市長
福元 晶三 殿

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
	ハ 公募 ()	認定等年月日	
ニ 却下 (理由)	令和 年 月 日		
	差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	
窓口本人確認欄	1点確認写真有：マイナンバーカード・運転免許証・ ()		
	2点確認写真無： () ()		