

# 申請書の書き方

申請日 令和〇年〇月〇日

被保険者証記号番号 島72 **01-234567**

世帯主	住所	<b>三春町字南町26番地の1</b>			
	氏名	<b>三春 太郎</b>	印	生年月日	昭和〇年〇月〇日 <b>男・女</b>
	個人番号	<b>マイナンバー (不明の場合は記入不要)</b>			
限度額適用 減額対象者	氏名	<b>三春 花子</b>	生年月日	昭和〇年〇月〇日 <b>男・女</b>	
	個人番号	<b>マイナンバー (不明の場合は記入不要)</b>			
	世帯主との続柄	<b>妻</b>			
長期入院	該当・非該当	<b>認定証が必要な方の氏名</b>			

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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 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 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 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

**長期入院 (90日以上) の方は記入してください**

**長期入院の方は、入院期間証明書または、直近4ヶ月分の領収書の写しを添付してください**

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____, _____, _____,</p> <p>_____, _____, _____,</p> <p>年 月 日 三春町長 印</p>
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区長村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

決裁		課長	G長	取扱者	グループ員
伺 適法と認められるので認定証を発行してよろしいか。 年 月 日					
町処理欄	発行(却下)年月日	年 月 日			
	有効期限年月日	年 月 日			