

|                           |                                                                                                                                                                             |                            |              |                 |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|-----------------|--|
| 被保険者記号・番号                 |                                                                                                                                                                             | 06-*****                   |              |                 |  |
| 世帯主                       | 住 所                                                                                                                                                                         | 島根県安来市 安来町 878-2           |              |                 |  |
|                           | 氏 名                                                                                                                                                                         | 安来 太郎                      | 生年月日         | 昭和64 年 1 月 10 日 |  |
| 限度額適用<br>減額対象者            | 氏 名                                                                                                                                                                         | 安来 ハナコ                     | 個人番号         | 123456789012    |  |
|                           | 世帯主との続柄                                                                                                                                                                     | 子                          | 生年月日         | 平成4 年 1 月 10 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<br>令和 年 月 日 まで |              | 日間              |  |
|                           | 入院をした保険医療機関等                                                                                                                                                                | 名 称                        |              |                 |  |
|                           |                                                                                                                                                                             | 所在地                        |              |                 |  |
| ②                         | <b>※届出の際は、①届出者の本人確認資料(マイナンバーカード等)及び</b><br><br><b>②対象者と世帯主のマイナンバーがわかるもの(マイナンバーカードの裏面、</b><br><b>マイナンバー通知書等)、 ③対象者の国保の被保険者証が必要です。</b><br><br><b>郵送の場合は、①②③のコピーを添付してください。</b> |                            |              |                 |  |
| ③                         |                                                                                                                                                                             |                            |              |                 |  |
|                           |                                                                                                                                                                             |                            |              |                 |  |
| ④                         |                                                                                                                                                                             |                            |              |                 |  |
|                           | 入院をした保険医療機関等                                                                                                                                                                | 所在地                        |              |                 |  |
| ⑤                         | 申請日の前1年間の入院期間 (日数)                                                                                                                                                          | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで |              | 日間              |  |
|                           | 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。

※届出日をご記入ください

令和 年 月 日

住 所 安来市安来町 878-2

世帯主名 (申請者) 安来 太郎  
電話番号 090-\*\*\*\*-\*\*\*\*

個人番号 210987654321

|     |            |                                                       |
|-----|------------|-------------------------------------------------------|
| 処理欄 | 認定等        | イ 市町村民税非課税証明書<br>ロ 保護申請却下通知書<br>ハ 公簿 ( 理由<br>ニ 却下 (理由 |
|     | 差額支給       | 有 ・ 無                                                 |
|     | 食事療養費標準負担額 |                                                       |

【郵送先】  
〒692-8686 安来市安来町 878-2  
安来市役所 市民課 保険年金係 宛  
電話番号：0854-23-3084