

被保険者証記号番号		佐那河内						
世帯主 (組合員)	住所							
	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号							
	世帯主(組合員)との続柄			TEL				
長期入院	該当・非該当	第三者行為による求償の有無			有・無			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
<p>※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が免除されます。限度額認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。</p>								

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当核認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 _____ 印
-----------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。

記入例

被保険者証記号番号		佐那河内・〇〇-〇〇〇	
世帯主 (組合員)	住所	徳島県名東郡佐那河内村〇字……番地	
	氏名	佐那河内 太郎	生年月日 昭・平 ××年×月×日 男・女
	個人番号	××××××××××××	
限度額適用 減額対象者	氏名	佐那河内 花子	生年月日 昭・平 〇〇年〇月〇日 男・女
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	世帯主(組合員)との続柄		妻
長期入院	該当・非該当	第三者行為による求償の有無	有・無

②交通事故等により第三者から費用負担が発生があるかどうか○をお願いします。

①被保険者証記号番号、住所、世帯主の氏名、生年月日、性別、個人番号(マイナンバー)、限度額適用対象者(手術・入院等される方)の氏名、生年月日、性別、個人番号(マイナンバー)※、世帯主との続柄、世帯主の氏名欄の横に押印(認印可。スタンプ印不可。)してください。	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 30 日間 令和 〇 年 〇 月 × 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 徳島県徳島市……番地
③令和5年8月1日の前、1年間に入院がある場合、入退院した日と期間、病院の名称と所在地を記入してください。※わかる範囲で結構です。	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇 年 △ 月 〇 日から 20 日間 令和 〇 年 △ 月 × 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 ××医院 所在地 徳島県小松島市……番地

※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が免除されます。限度額認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。

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当核認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)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。 <div style="text-align: center; border: 1px solid red; padding: 5px; font-weight: bold; color: red;">記入不要</div>
	市区町村長名 _____ 印 _____

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。