

被保険者証記号番号	1234567		
世帯主	住所	熱海市中央町1-1	
	氏名	熱海 太郎	生年月日 昭和〇年〇月〇日
限度額適用 減額対象者	氏名	熱海 花子	個人番号 マイナンバー
	世帯主との続柄	妻	生年月日 昭和△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)	年 月 日から 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	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	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 年 月 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)	年 月 日から 年 月 日まで	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 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

こちらは、申請日の前1年間に
合計で90日以上入院がある方のみ
記入をお願いいたします。

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 熱海市中央町1-1
世帯主名 (申請者) 熱海 太郎 印
電話番号 000-0000-0000 ※シャチハタ不可

代理人が申請する場合は、
代理人の住所・氏名・電話番号の記入と
押印をお願いいたします。

個人番号 マイナンバー

静岡県熱海市長
齊藤 栄 殿

処理欄	認定等	イロハニ	市町村民税非課税証明書 保護申請却下通知書 公簿 () 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 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)	