

記入例

※太枠内及び、表の下の世帯主名、電話番号欄は必ず記入してください。

被保険者証記号番号		A 1 2 3 4 5 6	保険区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶		
世帯主	住所	気仙沼市八日町一丁目1-1				
	氏名	気仙沼 市郎	生年月日	昭和20年1月1日	男・女	
限度額適用 減額対象者	氏名	気仙沼 花	個人番号			
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和25年1月2日	男・女	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為			有・無	
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				

※①～⑤欄は住民税が非課税でR3.8月～R4.7月の期間に91日以上入院(予定)があった方のみ記入してください。

世帯主名を書いてください。
 本人又は同一世帯の方が記入の場合は印鑑不要です。

申請日を記入してください。

上記のとおり関係書類を添えて認

令和 4年 7月 1日

世帯主名 **気仙沼 市郎**

(申請者)

個人番号

電話番号 **22-6600**

宮城県気仙沼市長 菅原茂 あて

自宅、携帯どちらでも構いません。
 連絡がとれる電話番号を記入願います。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	認定等年月日 年 月 日	号) 号)
	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)