

呉市長様
次のとおり、認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

被保険者番号			
申請者 (世帯主)	住 所		
	氏 名	個人番号	
対象者	氏 名	☐ 世帯主と同じ	個人番号
		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	第三者行為	申請 ・ 未申請	

適用区分が「オ」または「低Ⅱ」の方で、長期入院該当の届出をする場合は、以下も記入してください。
(領収書(写し)など入院期間の確認できるものを添付してください。)

申請日の前1年間の入院期間(要91日以上)	令和 年 月 日から	日間
	令和 年 月 日まで	
入院をした保険医療機関等	名 称	
	所在地	

世帯主以外の方が申請される場合にご記入ください。

窓口に来た人	住 所	☐ 世帯主と同じ	
	氏 名	昼間連絡のつく 電話番号	

委任欄(別世帯の方(代理人)が申請書の提出及び認定証の受領をする場合に記入してください。

申請書の提出及び認定証の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日	
受任者	住 所 _____
	氏 名 _____
	世帯主との続柄 _____
委任者 (世帯主)	氏 名(署名) _____
※委任者以外が署名する場合は、委任者の本人確認書類も必要です。	

世帯主の送付先以外の住所へ送付を希望する場合は記入してください。

送付先	住所	〒 _____
	氏名(宛所)	_____

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いが免除されます。

(以下は呉市が使用します。)

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ
発効期日	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
収納状況	完 納 ・ 未 納
	長期該当
	長期該当年月日
	入院91日目
	令和 年 月 日

窓口に来た人の 本人確認	☐ マイナンバーカード	☐ 保険証(資格確認書)	☐ 認定証窓口交付 郵送(令和 年 月 日発送)
	☐ 運転免許証	☐ 介護保険証	
	☐ パスポート	☐ その他	
	☐ 身体障害者手帳	()	
証作成	係 員	受付印	