記載例

被保険者記号・番号					
世帯主	住所	四万十市中村大橋通4丁目10番地			
	氏名	国保 太郎	生年月日	昭和61年2月2日	
限度額適用 減額対象者	氏名	国保 花子	個人番号	0000 0000 0000	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	平成2年3月1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 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	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 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			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 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			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 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。

令和 6 年 12 月 2 日

住 所 四万十市中村大橋通4丁目10番地

世帯主名 国保 太郎

(申請者) (国保 花子)

個人番号 0000 0000 0000

電話番号 000-0000-0000

四万十市長 殿

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。
限度額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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 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)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	

四万十市長