

(月～)

- ☐
- 郵送

下記のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者等番号			申請日	令和	年	月	日
世帯主	住 所	松阪市					
	氏 名				電話番号		
	個人番号						
限度額 適用減額 対象者	氏 名						男 ・ 女
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主との続柄	
	個人番号						

窓口に来られた方	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者			
	住 所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	氏 名		電話番号	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ

長期入院	該当 ・ 非該当
------	----------

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	

確認書類 本人・番号	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 手帳(身体・精神・療育)	<input type="checkbox"/> 年金手帳	受 付
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身分証明書(写真有・無)	<input type="checkbox"/> 高証・限度額証	
	<input type="checkbox"/> 住基カード(写真有・無)	<input type="checkbox"/> 学生証(写真有・無)	<input type="checkbox"/> 住民票	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 資格証明書(写真有・無)	<input type="checkbox"/> 福祉医療受給資格証(こども・一人親・障がい)	
	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 保険証()	<input type="checkbox"/> その他 ()	作 成
	<input type="checkbox"/> 特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 資格確認書(国・国組・後・社)		
	世帯主	本・代・職	個・通・住・画・他()	
	対象者	本・代・職	個・通・住・画・他()	