

被保険者証記号番号		岡 7 ー						
世帯主	住所							
	氏名			生年月日	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名			個人番号				
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日	男・女
長期入院	該当・非該当	第三者行為(交通事故等)の有無			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)	平成	年	月	日	から	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)	平成	年	月	日	から	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)	平成	年	月	日	から	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)	平成	年	月	日	から	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。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 (申請者) \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

備前市長殿

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