

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)	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			

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。

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 _____)	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)