

課長	課長補佐	係長	係員	受付

認定対象者	記号番号	宇土 ー								※太枠の中を記入してください。				
	氏 名									生年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号					ー								世帯主との続柄

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 宇土市

氏名 (☎ ー ー)

個人番号

宇土市長 様

届出人 (窓口に来た人)	1. 世帯主	2. 同世帯	3. 別世帯
-----------------	--------	--------	--------

世帯主以外 の場合記入	氏 名		電 話	ー ー
	住 所	<input type="checkbox"/> 同住所		世帯主との続柄

長期入院		該当 ・ 非該当	※長期入院とは、過去12カ月の入院日数が91日以上あることをいいます。 ただし、減額認定を受けていない期間の入院は除きます。	
入院をした保険医療機関等			申請日の前1年間の入院期間（日数）	
①	名称		年 月 日から	日間
	所在地		年 月 日まで	
			入院日数合計（ ）日間	

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。

					交付番号		第 号			
本人確認	マ カード	新規	更新	長期のみ	再発行	適用年月日		区 分		
	免許証	国保税未納		無	・ 有	限度	令和	一般	・ 退本 ・ 退扶	
	旅券	前年度長期認定		無	・ 有	減額	・ ・	ア	イ ウ エ オ	
	()	認定根拠		公簿		長期	令和	前期高齢	低Ⅰ	低Ⅱ
				その他()					・ ・	一定Ⅰ
備考										