

被保険者証記号・号码 被保険者記号・番号					
戸主 世帯主	住 址 住所				
	姓 名 氏名			出生年月日 生年月日	
限度額適用 減額対象者 限度額適用減額 対象者	姓 名 氏名			個人号码 個人番号	
	与戸主的关系 世帯主との続柄			出生年月日 生年月日	
長期入院 長期入院		該当 ・ 非該当 該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為 交通事故等の第三者行為	有 ・ 無 有 ・ 無
以下、仅限长期入院該当者填写。 ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。					入院日数合計（          日） 入院日数合計（          日間）
①	申請日の上一年の入院期間（日数） 申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		从      年      月      日（年月日から） 至      年      月      日（年月日まで）          日		
	入院的保険医療機関等 入院をした保険医療機関等		名      称名称		
			所在地所在地		
	②	申請日の上一年の入院期間（日数） 申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		从      年      月      日（年月日から） 至      年      月      日（年月日まで）          日	
入院的保険医療機関等 入院をした保険医療機関等		名      称名称			
		所在地所在地			
③		申請日の上一年の入院期間（日数） 申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		从      年      月      日（年月日から） 至      年      月      日（年月日まで）          日	
	入院的保険医療機関等 入院をした保険医療機関等		名      称名称		
			所在地所在地		
	④	申請日の上一年の入院期間（日数） 申請日の前 1 年間の入院期間（日数）		从      年      月      日（年月日から） 至      年      月      日（年月日まで）          日	
入院的保険医療機関等 入院をした保険医療機関等		名      称名称			
		所在地所在地			

根据上述内容、附上相关资料、申请交付认定证。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 址住所 \_\_\_\_\_

戸主名世帯主名

（申請者申請者） \_\_\_\_\_ 個人号码個人番号 \_\_\_\_\_

电话号码電話番号 \_\_\_\_\_

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	