

* 認定証の交付を申請します。

被保険者証記号番号		45-99-9999	申請日	令和△△年△△月△△日
世帯主 (申請者)	住所	東久留米本町三丁目3番1号		
	氏名	東久留米 太郎		
	生年月日	昭和 △△ 年 △△ 月 △△ 日		
	個人番号	9999 9999 9999		
	電話番号	042-499-9999		
限度額適用 対象者	氏名	東久留米 一郎		
	生年月日	平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日		
	個人番号	1111 1111 1111		
	長期入院(90日を超える入院)	該当	・	非該当

* ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	年	月	年	月	「該当」「非該当」のいずれか一方にマルをご記入ください		
	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	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	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					

《提出者》

* 提出者が世帯主以外の 住所 _____
 場合は、記入してください 氏名 _____ ④ 電話番号 _____
 世帯主との関係 配偶者・子・その他(_____)

市処理欄

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ 長期(令和 年 月 日) 現役並みⅠ・現役並みⅡ・却下・未申告		
滞納有無	有()・無()		
非自失業有無	有:対象者:()・無		
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()		
本人確認	① 個・免・旅・障・在・他() ② 国保・介護・年金・他()		
受付	入力	交付	照合

受付年月日: 令和 年 月 日
 交付年月日: 令和 年 月 日
 交付理由: 新規・書換・再交付(紛失・破損・その他)
 交付方法: 郵送・窓口・書留

〈若人(70歳未満)〉
 ア:旧ただし書所得901万円より多い
 イ:旧ただし書所得600万円超901万円以下
 ウ:旧ただし書所得210万円超600万円以下
 エ:旧ただし書所得210万円以下 オ:非課税世帯
 〈前期(70歳以上)〉
 低Ⅱ:非課税世帯
 低Ⅰ:非課税世帯・所得なし(公的年金については控除金額80万円)
 現役並みⅡ:課税所得380万円以上690万円未満
 現役並みⅠ:課税所得145万円以上380万円未満

認定理由 <公簿・(非)課税証明・その他>