

\* 認定証の交付を申請します。

被保険者証記号番号		45— —	申請日	令和 年 月 日
世帯主 (申請者)	住所	東久留米市		
	氏名			男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
	電話番号			
限度額適用 対象者	氏名			男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
	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。

入院日数合計 ( 日間)

①	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				
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 \_\_\_\_\_ 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>