

被保険者番号							
世帯主	住所						
	氏名				生年月日		
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		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為			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。					<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(資格通知書)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	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)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	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)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	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)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	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。

令和 年 月 日

住所

世帯主名
(申請者)

個人番号

電話番号

瀬戸市長

処理欄	受付	世帯課非	基準総所得	円	前月納期分迄完納済	<input type="checkbox"/>
		課・非	70歳以上収入 世帯最高額	円	限度額認定証交付履歴	<input type="checkbox"/>
					減額認定証交付履歴	<input type="checkbox"/>