

被保険者証記号番号		佐国保	12345867			
世帯主	住所	佐伯市 中村南町1番1号				
	氏名	佐伯 太郎		生年月日	昭和 平成・令和 58年 1月 2日	
	個人番号	不明な場合は省略可				
限度額 適用 減額対 象者	氏名	佐伯 花子		生年月日	昭和・平成・令和 60年 2月 4日	
	世帯主との続柄	妻		個人番号	不明な場合は省略可	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の 第三者行為		有・無		
1	申請日	年間の入院期間（日数）		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月	日から
3	申請日	年間の入院期間（日数）		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月	日から
4	申請日	年間の入院期間（日数）		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月	日から

長期入院に該当する場合は、入院期間がわかる書類を添付してください（医療機関が発行する領収書、入院証明書など）。
※注意※
申請月以前12か月以内で非課税期間にあたる入院日数が90日以上の方が対象となります。

診療が第三者行為（交通事故や喧嘩など）によるものの場合は有に○をしてください。
該当する場合には、別途届出が必要です（個別に必要な書類等をご案内します）。

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。
佐伯市長 殿 令和 7年 4月 22日

住所 中村南町1番1号
世帯主 氏名 佐伯 太郎 個人番号 不明な場合は省略可
電話番号 0972-22-3111

※申請者が世帯主の場合は、記入は不要です。

届出人	住所	佐伯市中村南町1番1号		
	氏名	佐伯 花子	電話番号	090-1234-5678

受付		確認書類	☐ マイナンバー	☐ 免許証
受付日			☐ その他 2点（ ）	☐ 聴聞（ ）