

被保険者記号・番号		わこう 200▲▲▲	
世帯主	住所	和光市広沢1-5	
	氏名	和光 太郎	生年月日 昭和●年●月●日
限度額適用減額対象者	氏名	和光 花子	個人番号 11110000××××
	世帯主との続柄	妻	生年月日 昭和○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。			入院日数合計 (日間)
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
	入院をした保険医療機関等	名称 ▲▲病院 所在地 和光市広浅輪○-×	
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から	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 (日数)	年 月 日 から	日間
	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)	年 月 日 から	日間
	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)	年 月 日 から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は「該当」を記入

過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は記入

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

住所 和光市広沢1-5

世帯主名 和光 太郎
 (申請者)
 電話番号 090-0000-1111

個人番号 11110000××××

埼玉県和光市長 殿

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 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	