

記入例

被保険者 記号・番号		00999999			
世帯主	住所	大府市●●町▲丁目▼番地			
	氏名	大府 太郎	生年月日	昭和●年▲月▲日	男・女
	個人番号	1234 5678 XXX9			
減限 額度 対額 象適 者用	氏名	大府 花子			
	個人番号	5678 1234 XXX5	生年月日	昭和▲年■月■日	男・女
	世帯主との続柄	妻	長期	<input type="checkbox"/> 該当	年 月 日
交通事故等の第三者行為		世帯主及び交付を希望される方の個人番号が分からない方は、別紙「個人番号確認同意書」の記入をお願いします。			
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	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(日数)	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(日数)	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 年 月 日まで 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 年 月 日まで 日間			
	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申請します。					
令和◆年▼月▼日					
世帯主 住所		大府市●●町▲丁目▼番地			
氏名		大府 太郎			
電話番号		0562-45-XXXX9			
大府市長		殿			

世帯主の氏名等を記入してください。

交付を希望される方の氏名等を記入してください。

世帯主及び交付を希望される方の個人番号が分からない方は、別紙「個人番号確認同意書」の記入をお願いします。

記入不要

世帯主の氏名等を記入してください。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、

高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。