

医療機関の窓口でマイナ保険証をご利用いただき、限度額情報の提供に同意することで限度額適用認定証等の提示は不要となります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

被保険者証 記号番号		被保険者 氏名(入院者)	
個人番号		生年月日	昭和 年 月 日
(非課税世帯の方はいずれかに○を) 1 限度額・減額認定証Ⅰに該当します 2 申請月の末日から過去1年間の入院日数が90日を超えた場合 3 上記には該当しません			
2 に ○ を つ け た 場 合 記 入	入院していた期間(日数)		入院していた(入院中含む)医療機関
	年 月 日から	年 月 日まで	(名称)
	入院日数 日		(所在地:市区町村名)
	年 月 日から	年 月 日まで	(名称)
	入院日数 日		(所在地:市区町村名)
	年 月 日から	年 月 日まで	(名称)
	入院日数 日		(所在地:市区町村名)
(宛先) 津市長			
上記のとおり申請します。 年 月 日			
申請者(世帯主) 住所 津市			
氏名 _____			
電話番号 _____			

市町村 処理 欄	適用区分		証発行	認定・交付日
	市 町 村 処 理 欄	上位世帯	現役並みⅡ	限度額適用 限度額・減額
現役並みⅠ			郵送・手渡し 年 月 日	
非課税世帯		低Ⅱ	長期入院該当年月日 年 月 日	
		低Ⅰ		
差額支給	有・無			

受付