

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名				
	個人番号				
限度額適用 認定証交付 対象者	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
	個人番号				
	工作中(通勤含)や、第三者行為(交通事故、けんか、食中毒等)による傷病ですか。 はい () ・ いいえ				

長期入院	70歳未満の住民税非課税世帯(区分オ)の方と70歳以上75歳未満の低所得Ⅱの方で、過去1年間の入院日数が90日を超える方は、申請により入院時の食事代が減額になります。該当する方は、入院日数を証明するもの(領収書、証明書等)を添付し、下記の該当を○で囲んでください。 該当 ・ 非該当
------	--

七尾市長
 上記のとおり申請します。
 年 月 日

申請者 住所(同上□) _____
 氏名 _____
 交付対象者との関係 _____
 電話番号 _____

※ 本人、同一世帯員、送付先設定者、法定代理人以外の方が申請・受領する場合、委任状が必要です。

マイナ保険証を利用すれば、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。

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> その他	1点 (写真付) 2点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
(備考・その他)		受付印
受付： □標準負担額減額認定証交付 ()		