

令和 7 年 4 月 1 日

(宛先) 秦野市長

被保険者証	記号 1 2 番号	1234567	電話番号	0463 (82) 9613
(申請者) 世帯主	住 所	秦野市桜町 1 - 3 - 2		
	氏 名	秦野 太郎	生年月日	昭和30 年 10 月 1 日
	個人番号	1234 5678 9123		
減額対象者 ☐ 世帯主と同じ	氏 名	秦野 花子	生年月日	昭和35 年 4 月 1 日
	個人番号	1111 2222 3333		
	世帯主（組合員）との続柄	妻	第三者行為	有 ・ 無
長期入院	該当・非該当	発効期日	年 月 日	ア・イ・ウ・エ・オ 上位所得Ⅰ・Ⅱ 低Ⅰ・Ⅱ
申請	申請日の入院期間（日数）			間
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		

・太枠の中、赤字の部分をご記入ください。

・個人番号（マイナンバー）がわからない場合は空欄で結構です。

交通事故等による要因の傷病を治療する場合は「有」に丸を付けてください。
それ以外の方は「無」に丸を付けてください。

【注意】 マイナンバーカードを保険証として使用する場合は、限度額適用認定証及び限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要（※）です。

※ 顔認証カードリーダーを所有していない病院において限度額を適用するには、認定証の事前申請が必要となります。

また、保険税未納分がある方、所得が未申告の方については限度額が適用されません。