

※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。

仙台市 <u> </u> 区長宛 標記認定証の交付について申請します。		申請年月日	年	月	日	
申請者・届出人	被保険者証	記号	番号	(世帯の国民健康保険の記号・番号をご記入ください)		
	仙台	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	世帯主氏名	(フリガナ)	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	世帯主住所	仙台市	区			
	届出人氏名			電話番号	()	-
世帯主との続柄	届出人が世帯主と同一の世帯に属する方以外の場合には、別途委任状が必要です。					

交付対象者等	療養を受ける方	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
	個人番号	<input type="text"/>				
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1.第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害 <input type="checkbox"/> 3.その他（疾病等）	療養予定期間	年	月	～ 年 月

----- <以下は記入不要です> -----

長期入院	申請月以前一年間の入院日数の合計	日	
	医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から
	所在地		年 月 日まで
	医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から
所在地	年 月 日まで		
医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から	
所在地		年 月 日まで	

交付年月日	
発効期日	
有効期限	
適用区分	

(收受印)

			入力	受付