

(あて先) 一宮市長
下記のとおり交付申請します。

申請日	令和 年 月 日		被保険者等記号番号		
世帯主	住所	一宮市			
	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
		電話番号	()		
個人番号					
認定対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		生年月日	昭和 平成 令和
				世帯主との続柄	
	個人番号				
認定証を使用する保険医療機関等					

ここから下は職員が記入してください。

確認事項	①交通事故等の第三者行為による傷病		非該当 ・ 該当(該当の場合は給付Gへ連絡)	
	②外国人被保険者で取得から1年以内		非該当 ・ 該当(該当の場合は給付Gへ連絡)	
申請区分	新規・長期切替・再交付・変更・長期継続			
滞納	無 ・ 有 (5割・7割・三期内・申立書)		交付日	令和 年 月 日
長期入院	非該当 ・ 該当 (令和 年 月 日)		発効期日	令和 年 月 日
限度額区分	ア・イ・ウ・エ	オ・オ長期	低Ⅱ・低Ⅱ長期・ 低Ⅰ	現Ⅱ・現Ⅰ
			有効期限	令和 年 月 日
証種類	1	2	3	4
			交付	即日交付 ・ (郵送 /)
備考				

受付	入力

給・葉・西・丹・浅・北・大・今・奥・萩・千・尾・木