

被保険者証記号番号								
世帯主 (組合員)	住所							
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄							
入院の原因	第三者行為 ・ 第三者行為以外		長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から		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)	平成	年	月	日から		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

平成 年 月 日

市区町村長 が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に__年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	_____ _____ 市区町村長名 印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。