

令和 年 月 日

来庁者 世帯主・本人・( )

世帯主	個人番号		被保険者証記号番号	嬉		
	住所	TEL - -				
	氏名	⑩	生年月日	年	月	日 男・女
被保険者	個人番号		被保険者証記号番号	嬉		
	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	世帯主との続柄					
	長期入院	該当 ・ 非該当				
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日( 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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日( 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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日( 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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

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 ⑩					

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。

申請日	. .	交付日	No. . .	交付・送付
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ			