

長期入院欄

申請を行った月以前
1年間の入院日数合計

日間

1 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

2 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

3 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

4 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

5 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

年 月 日 から 年 月 日まで 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

所在地

市区町村長証明欄

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は平成()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

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。