

常務理事	事務長	課長	係

被 保 険 者 等 の 記 号 番 号		—	記号番号が分らない場合はマイナンバーを記入してください 	
被保険者	氏 名		事業所 の名称	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
減 額 対 象 者	氏 名		被保険者 との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
被 保 険 者 (減 額 対 象 者) の 住 所		〒 ー Tel ()		

長期入院		該当 ・ 非該当			
ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。				入院日数合計	
				日間	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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）	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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）	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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）	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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）	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の <u>前年</u> 1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 干 一
			市区町村名
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の <u>当年</u> 1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 干 一
			市区町村名

- 受付年月日

組合 处理欄	資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	適用区分
	発効年月日	令和	年	月	日	才・Ⅰ・Ⅱ
	有効期限	令和	年	月	日	