

| | | | | | |
|----------------|--------------------|-----|------------|---------|-------------|
| 被保険者記号・番号 | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 赤穂市 | | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | 世帯主との続柄 | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間 (日数) | | 令和 年 月 日から | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 令和 年 月 日まで | | |
| | | | 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 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 令和 年 月 日まで | | |
| | | | 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 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 令和 年 月 日まで | | |
| | | | 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 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 令和 年 月 日まで | | |
| | | | 名称 | | |
| | | | | 所在地 | |

令和 年 月 日

| | |
|-------------|--|
| 市区町村長が証明する欄 | <p>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当該年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">赤穂市長 _____ 印</p> |
|-------------|--|

備考 ・申請時には、本人確認書類の提示が必要です。 職員記入欄 本人確認
 ・「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。