

甲賀市長 あて

被保険者証記号番号		滋甲							
世帯主	個人番号								
	住所								
	氏名	印	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女	
限度額適用 減額対象者	個人番号			生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	氏名			世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当（非課税世帯の方のみ記入）			電話番号 _____					
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							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日									

市町長が 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及びその世帯に 属する被保険者に _____ 年度の市町民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市町長名 _____ 印</div>
---------------	--

備考 「市町長が証明する欄」は、保険者が市町であって、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。