

申請日 令和 年 月 日

被保険者証記号番号				
世帯主	住所	立山町		
	氏名	印		
	個人番号			
適用(減額)対象者	氏名	印		
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
	個人番号			
	世帯主との続柄		男 ・ 女	
長期入院 (90日を超える)	該当 ・ 非該当			
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	日間	
		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年間の入院日数	年 月 日から	日間	
		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年間の入院日数	年 月 日から	日間	
		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年間の入院日数	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
非課税確認	1. 課税台帳	2. 申告書	3. その他()	

<p>上記世帯以外の方による申請である場合、ご記入ください。</p> <p>申請者の 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">適用対象者との続柄</p> <p>氏名 印</p> <p>個人番号</p> <p>電話 -</p>	
---	--