

長期入院欄 ※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 令和 年 月 日 まで					日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所 在 地					
②	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所 在 地					
③	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所 在 地					
④	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所 在 地					
⑤	申請日の前1年間の 入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					日間
	入院した 保険医療機関等	名 称					
		所 在 地					

記入上等の注意

1. 被保険者ご本人の市区町村民税非課税証明書を添付してください。
市区町村長証明欄に証明を受けた場合には、その添付の必要はありません。
なお、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。
2. 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収書（入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。