

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年 月 日から	日間
	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）			年 月 日から	日間
	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）			年 月 日から	日間
	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）			年 月 日から	日間
	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）			年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

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及びその世帯に属する被保険者に__年度の町民税が課税されていないことを証明する。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">湧水町長 印</p>
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。