

国民健康保険長期入院日数届出書（６９歳までの方）

受付番号

被保険者記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日		
	個人番号				
	世帯主との続柄		本人	電話番号	
長期入院	☒ 該当 ☐ 非該当	所得区分	上位ア・イ一般ウ・エ	☒ 非課税 ☐ 課税	納税状況
これより下は、長期入院該当者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)	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年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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			
第三者行為の有無		有 ・ 無			

令和 年 月 日

袋井市長 様

上記のとおり長期入院日数を届出します。

申請者
住所

氏 名

電話番号