

国民健康保険長期入院日数届出書（70歳～74歳）

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			電話番号	
長期入院	該当・非該当	所得区分	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	納税状況	完・未
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）	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 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 年 月 日まで 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 年 月 日まで 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 年 月 日まで 日間			
	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