

被保険者証記号番号								
世帯主	住所	上川郡剣淵町						
	氏名		⑩	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							
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

市町村長が 証明する欄	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____年度の町民税が課されない ことを証明する。	
	_____	_____
	_____	_____
	剣淵町長 早坂 純夫	

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認する事が出来るときは、省略できる。