

保険証の氏名の上に記載の番号8桁を記入

|                               |                   |                                                                                                                                              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|----------------|--------------|------|--|--|--|--|
| 被保険者証記番号                      |                   | 00123456                                                                                                                                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日             |                | 令和●年●月●日     |      |  |  |  |  |
| 世帯主<br>(組合員)                  | 住所                | 矢巾町 大字南矢幅第14地割78番地                                                                                                                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
|                               | 個人番号              | 123456789123                                                                                                                                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日            | 平成元 年 4 月 1 日  |              | 男・女  |  |  |  |  |
|                               | 氏名                | 矢中 太郎                                                                                                                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
| 減額対象者                         | 個人番号              | 234567891234                                                                                                                                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日            | 平成2 年 4 月 30 日 |              | 男・女  |  |  |  |  |
|                               | 氏名                | 矢中 花子                                                                                                                                        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
|                               | 世帯主(組合員)との続柄      |                                                                                                                                              | 妻 |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 所得区分           |              | I・II |  |  |  |  |
| 長期入院                          | 該当・非該当            |                                                                                                                                              |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者証区分         |                | 一般 退職本人 退職扶養 |      |  |  |  |  |
| 認定証の交付を受けたい方について世帯主と同様に記入します。 |                   | マイナンバーカード(又は通知カード)に記載の番号12桁を記入します。                                                                                                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 点線太枠内を記入してください。 |                |              |      |  |  |  |  |
| ①                             | 入院をした保険医療機関等      |                                                                                                                                              |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 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                                                                                                                                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
| ⑤                             | 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                                                                                                                                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |
| 市区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(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。<br><br>____、____、____<br>____、____、____<br><br>矢巾町長 高 橋 昌 造 印 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                |              |      |  |  |  |  |

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、当該事実を公簿によって確認することができるときは、省略できる。