

被保険者証記号番号		島国保		第三者行為 有・無		交通事故・その他	
区分	一般・退職(本人・扶養)		所得 区分	一般 (ア・イ・ウ・エ・オ)			
	70歳以上 (現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ)						
世帯主	住所						
	氏名		TEL				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日		昭・平・令 年 月 日		
	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		
			年 月 日まで				
①	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				
②	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				
③	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				
④	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				
⑤	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

交付 令和 年 月 日

市処理欄	整理番号	
------	------	--