

被保険者記号番号		里						—	
世 帯 主	住 所	富 里 市						TEL	
	氏 名				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				交通事故等の 第三者行為		有 ・ 無		

入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所 在 地			

富里市長 様

市町村 処理欄	認定等	イ・ 市町村民税非課税証明書 ロ・ 保護申請却下通知書 ハ・ 公簿() ニ・ 却下(理由:)	差額 支給	有 ・ 無
------------	-----	---	----------	-------