

*1ページで長期入院された方のみご記入いただき、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書など）を添付してください。

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間									
	① 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
	② 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
	③ 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
	④ 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									
	⑤ 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
	入院した 保険医療機関等	名称									
		所在地									

* 下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に（非）課税証明書の添付が必要です。

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者（氏名	）は、	年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名		印

* 4月～7月診療分については前年度の非課税証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の非課税証明が必要となります。

例：R3.4～R3.7診療→令和2年度（令和元年収入）非課税証明、R3.8～R4.3診療→令和3年度（令和2年収入）非課税証明