

被保険者証 記号番号	南魚沼										
世帯主	住所	〒949- 南魚沼市									
	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					電話番号	- -				
長期入院	該当・非該当	※長期入院該当申請であれば申請前一年間の入院歴を下記に記入してください。									
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から				年 月 日まで				日間	
	入院をした保険医療機関名										
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から				年 月 日まで				日間	
	入院をした保険医療機関名										
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から				年 月 日まで				日間	
	入院をした保険医療機関名										
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から				年 月 日まで				日間	
	入院をした保険医療機関名										
上記のとおり申請します。また、審査のため課税資料等の閲覧に同意します。											
										令和 年 月 日	
南魚沼市長 宛											

※世帯を同じくしない受領者(住所・氏名・続柄)

.....下記の欄は、記入しないでください.....

確 認 欄	課 税 情 報	ア	未	イ	ウ	エ	非	所2	所1	低2	低1
	レセプト	長期該当・長期非該当									

上記申請のとおり交付してよいか伺います。

決 裁	課長・市民センター長	係長	係	処理年月日	処理者
公開・部分公開・非公開		1・3・5・10・永久保存			