

被保険者 記号番号	み 塩 A		生年月日	年 月 日		
減額対象者	フリガナ		性 別	男 ・ 女		
	氏 名		個人番号			
	世帯主(組合員)との続柄 本人 ・ 他()		長期入院	該当 ・ 非該当		

①	入院中・入院予定の期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名 称			
		所在地			
②	入院中・入院予定の期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名 称			
		所在地			
③	入院中・入院予定の期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院中・入院予定の保険医療機関等名	名 称			
		所在地			
①	以前入院していた期間(申請日より一年間のもの) ※90日以上は要記入	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院していた保険医療機関等	名 称			
		所在地			
②	以前入院していた期間(申請日より一年間のもの) ※90日以上は要記入	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院していた保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記の通り申請します。

年 月 日

住 所 塩竈市

氏 名 _____ 印 (男 ・ 女)

《世帯
主》

個人番号 _____

電 話 () _____

塩 竈 市 長 殿

本人確認欄

個人番号カード 運転免許証 パスポート その他()