

被保険者証	記号	六ヶ所	番号			
世帯主	住所					
	氏名					
	個人番号		生年月日		性別	
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号		生年月日		性別	
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	令和	年	月	日
種類	一般	退職本人	退職扶養			
所得区分	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ	現役並みⅠ	現役並みⅡ	境界層	該当・非該当
負傷原因	1：第三者行為(交通事故)		2：その他(自損事故・疾病等)			

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計 (日間)			
1	申請日の前1年間の入院日数	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	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	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	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	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						

青森県上北郡六ヶ所村長 殿
 上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住所
 世帯主 氏名
 電話

— —