

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|
| 長期入院欄 | 申請を行った月以前 1年間の入院日数合計 | 91 日間 | |
| | 1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数) | 令和〇年4月1日から令和〇年6月30日まで | 91 日間 |
| | 入院した 保険医療機関等 | 名称 〇〇大学病院 〇〇科 | |
| | | 所在地 東京都 千代田区 △△ 2-2-2 | |
| | 2 申請を行った月以前 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) | 年 月 日 から 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) | 年 月 日 から 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) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 | |
| 入院した 保険医療機関等 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |

必ず①および②を選択してください。
※前年度の課税に関する証明期間を
ご注意ください

低所得の区分に基づく高額療養費の減額を希望する場合は、以下①～②のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「(非)課税証明書」原本の添付
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。
※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の「(非)課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

| | | | |
|-----------------|------------|------------------|---|
| 市区町村長が 証明する欄 | 当該被 市区町 | 市区町村長に証明を受けて下さい。 | 印 |
|-----------------|------------|------------------|---|

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。