



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 当該被保険者  
証明する欄 市区町村長

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。