

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保險者情報

認定対象者欄

送付希望先欄

申請代行者欄

情報照会

備考

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

受付日付印

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)		☐	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)		同時申請		☐	1. 資格取得		☐	1. 被扶養者異動届		☐	1. 被保険者変更訂正					
添付書類		保護却下 通知書	☐	1. 添付 2. 不備		非課税 証明		☐	1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備		所得 証明		☐	1. 添付 2. 不備					
2 3 0 1 1 2 0 1						その他 ☐ 1. その他 2. 処理票						(理由)						枚数	

1 ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1. はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名

申請月以前 1 年間の入院日数合計		日間		※申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。 ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	
申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数)		令和 年 月 日		から	令和 年 月 日 日間
① 入院した 医療機関等	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数)		令和 年 月 日		から	令和 年 月 日 日間
② 入院した 医療機関等	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数)		令和 年 月 日		から	令和 年 月 日 日間
③ 入院した 医療機関等	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数)		令和 年 月 日		から	令和 年 月 日 日間
④ 入院した 医療機関等	名称				
	所在地				
申請を行った月以前1年間の 入院期間(日数)		令和 年 月 日		から	令和 年 月 日 日間
⑤ 入院した 医療機関等	名称				
	所在地				

2 3 0 2 1 2 0 1

