

保険料 台帳	Naibs	総合 システム

被保険者の 記号番号		6 0 —									
対象者	(フリガナ)										
	氏 名										
	個人番号										
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日									
	性 別	男 ・ 女		申請者との 続柄							
長期入院		1. 該 当 2. 非 該 当 (申請日の前1年間の入院数が91日以上は長期)									

※この枠は長期入院該当者のみ記入して下さい。											
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間				
	入院をした保険医療機関等			名 称							
				所在地							
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間				
	入院をした保険医療機関等			名 称							
				所在地							
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間				
	入院をした保険医療機関等			名 称							
				所在地							

上記のとおり、関係書類を添えて申請いたします。

令和 年 月 日	
申請者(組合員又は准組合員)	
(医療 機関)	所在地 〒 —
	名 称
	氏 名
	個人番号

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

※ 医師国保記入欄

適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
------	-------------------