

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

# 記入例

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		連絡先	
被保険者番号		申請者の住所、氏名等を記載してください。 申請者が代理人の場合は、委任状が必要です。その場合、代理人の身分証明書のコピーを添付してください。（なお、代理人が同世帯の場合は委任状は不要です。）	
フリガナ			
氏名			
生年月日			
住所		発行が必要な後期高齢者の住所、氏名等を記載し、マイナンバーが分かる書類のコピーと、身分証明書のコピーを添付してください。	
長期入院			

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計（ 日間）		直近12か月の入院日数が90日を超えるかたは、入院日数の記載と該当する期間が分かる医療機関の領収書を提出してください。	
①	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

該当する項目をチェックしてください。

広域連合長 宛

※該当する項目を☑としてください。

- 1. 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

年 月 日

記入日を記載してください。

【 担当処理欄 】

適用	区分 I	適用(却下)日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
	区分 II						
	長期入院						
	却下						