

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別 男・女
	氏名		
	生年月日	M・T・S 年 月 日	
	住所		
長期入院	該当・非該当		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい		入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日（ 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年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日（ 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年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所
氏名



記載例

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名	広域 一郎	本人との関係	子
届出者住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇〇番	連絡先電話番号	097-534-1771

被保険者番号	12345678	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●	
被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ	性別	Ⓐ・女
	氏名	広域 太郎		
	生年月日	M・T・⑤ 5年5月5日		
	住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇〇番		
長期入院	該当・ <u>非該当</u>	低Ⅱの場合は選択してください。 低Ⅰの場合は記入しない。		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (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年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (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年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 ** 年 4 月 1 0 日

申請者 氏名 広 域 太 郎 ㊟