

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		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	M・T・S 年 月 日	
	住所		
発行区分	限度額適用認定証 / 限度額適用・標準負担額減額認定証		
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
を申請します。

- 限度額の適用
 限度額適用・標準負担額の減額

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	12345789	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広域 太郎	
	生年月日	M・T・ S 5	性別 男・女
	住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇	
発行区分	限度額適用認定証	／	限度額適用・標準負担額減額認定証
長期入院	該当	／	非該当

医療費の窓口負担が3割の方は「限度額適用認定証」、1割の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を選択してください。

①	申請した期間	～ H 年 月 日 (日間)
②	申請した期間	～ H 年 月 日 (日間)
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

低所得区分Ⅱの限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方が対象です。「区分Ⅱ」の認定証を発行してから過去12月の入院日数が91日以上である必要があります。

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申請します。

平成 ** 年 * 月 * 日

申請者 住所 大分市〇〇町〇〇丁目〇〇番
氏名 広域 太郎

限度額の適用
 限度額適用・標準負担額の減額

