　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年度分

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

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

太枠の中を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ３ | ９ | ３ | ４ | ２ | １ | ２ | ６ | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | | 該当　　※該当する場合〇をしてください | | | | | | | | | | 証　発　行 | 不要　※不要の場合〇してください | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | 入院日数合計（　　　　日間） | | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院日数 | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　（　　　日間） | | | | | | | | | |
| ① | 入院した保険医療機関等 | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | |
|  | 所在地 | | |  | | | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院日数 | | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　（　　　日間） | | | | | | | | | |
| ② | 入院した保険医療機関等 | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | |
|  | 所在地 | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県後期高齢者医療広域連合長　様  　上記のとおり，関係書類を添えて申請します。  　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証送付日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 証を受領しました。（サイン）  確認書類　免許証・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| システム入力者 | |  | | システム確認者 | |  | | |
| （備考） | | | | | | | | | | | | | | | 市区町受付印 | |

※標準負担額が減額されるのは住民税非課税世帯のみです。