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。