

申請(届出)者名	神戸 みなと	申請される方のお名前等 をご記入ください。	本人との関係	子 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>
申請(届出)者住所	神戸市中央区〇〇町1-2-3	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	078-123-4567

被保険者番号	12345678	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウベ タロウ	
	氏名	神戸 太郎	
	生年月日	明治・大正・昭和・(西暦) 2年 1月 1日	
	住所	〒123-4567 神戸市中央区〇〇町4-5-6	
長期入院	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

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 ( 102 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	2年10月 1日 ~ 3年 1月 10日 (102日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号
②	届出日の前12か月の入院	年 月 日 ~	年 月 日 ( 日間)
③	過去12か月の入院日数(低所得Ⅱの認定を受けていた期間)が90日を超える場合(長期入院該当)は、入院日数が確認できる領収書等の写しを添付してください。	月 日 ~	年 月 日 ( 日間)
		月 日 ~	年 月 日 ( 日間)
		月 日 ~	年 月 日 ( 日間)
④	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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項番をとしてください。

- 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。

令和〇年 〇〇月 〇〇日

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送( / )	交付の有無	交付・却下
受付者			<本人確認>		適用区分
		書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・		適用開始日	年 月 日
		その他( )		長期入院該当日	年 月 日