

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

申請(届出)者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
申請(届出)者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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	明治・大正・昭和・(西暦)	年 月 日
	住所	〒	
長期入院	該当 ・ 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 (日間)			
①	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	
②	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	
③	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	
④	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	
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。

年 月 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	区分Ⅰ・区分Ⅱ
			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