

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	
長期入院	該当 ※該当する場合○をしてください	証発行	不要 ※不要の場合○をしてください

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）	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日（ 日間）	
	入院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	年 月 日 ~ 年 月 日（ 日間）	
	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)	
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他 ()	
(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。