

記入例

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

届出者名	後期 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	狭山市入間川〇〇〇〇	連絡先電話番号	〇〇〇〇—〇〇〇〇

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8							
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ						
	氏名	後期 太郎						
	個人番号	記入は不要です。						
	生年月日	昭和〇年		〇月	〇日			
	住所	狭山市入間川〇〇〇〇						
長期入院	該当 ・ 非該当							

日中連絡のつく電話番号

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。

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	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	

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※該当する項目を☑としてください。

- ☑ 1. 上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・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 〇月 〇日

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。