

記入例

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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	12345678			日中連絡のつく電話番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ		性 別	男
	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

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	~ (日間)	
	入院を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	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	~ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	~ (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