

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		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		性別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
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下さい。		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	

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 印

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 一 郎	本人との関係	子
届出者住所	〇〇県××市1-1	連絡先電話番号	012-345-6789

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏 名	後 期 太 郎	性 別 男
	生 年 月 日	大正 〇〇年 ××月 △△日	
	住 所	△△県〇〇市2-2	
長 期 入 院	該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>		

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		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	日間)	
	入院	この欄は該当者のみ記入してください。 過去12月以内で低所得Ⅱの減額認定証の交付を受けている期間に90日を超える入院がある場合	
③	申請	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	

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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・標準負担額の減額を申請します。

〇〇 年 ×× 月 △△ 日

申請者＝被保険者となります

申請者 氏 名 後 期 太 郎 