

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	

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号									資格取得年月日			年		月		日
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--	--	---	--	---	--	---

被 保 険 者	フリガナ												性別		
	氏名														
	生年月日	明治・大正・昭和 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)													
	入院をした保険医療機関等	名称											資格取得 前・後 区分		
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)													
	入院をした保険医療機関等	名称											資格取得 前・後 区分		
所在地															
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)													
	入院をした保険医療機関等	名称											資格取得 前・後 区分		
所在地															
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)													
	入院をした保険医療機関等	名称											資格取得 前・後 区分		
所在地															
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)													
	入院をした保険医療機関等	名称											資格取得 前・後 区分		
所在地															

岩手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。

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

処 理 欄	認定(却下)区分	減額認定証(却下通知書)発行	発効期日	市町村確認	広域連合確認
	・低I ・低I老 ・低II ・低II長期 ・却下	・即時発行 ・後日郵送 / ・その他 ()	年 月 日 (長期入院該当 /)		
	長期入院該当で資格取得前の確認方法 ・該当なし ・該当あり (・証の写し ・照会 /)				