

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。

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 / )				