

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		
	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		
長 期 入 院			

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	

島根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

