

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

太枠の中を記入してください。

平成 年 月 日

窓口に来られた方		本人との関係	
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	年	月 日							
	住所									
保険者番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			3	9	3	4			
3	9	3	4							
長期入院	該当 ・ 非該当 ※どちらかに○をしてください。									

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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日（ 日間）
	入院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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日（ 日間）
	入院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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日（ 日間）
	入院した保険医療機関等	名称
		所在地

広島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。

なお、私及び私の同一世帯の世帯員の所得額、所得控除額及び課税の有無について課税台帳及び課税資料により調査確認されること並びに老齢福祉年金の受給について調査確認されることを承認します。これらの確認をされることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

平成 年 月 日

申請者 氏名



証送付日	平成 年 月 日	証を受領しました。（サイン）	
システム 入力者	システム 確認者	確認書類 免許証・その他（)	

（備考）

旧証回収 済み ・ 未済

市区町受付印