

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																				
	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																				

【低所得Ⅱに該当する方について】

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額がさらに減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。		入院日数合計 ( 日間)	
①	申請日の前12か月の入院日数	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 所在地 区分
②	申請日の前12か月の入院日数	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 所在地 区分
③	申請日の前12か月の入院日数	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 所在地 区分
④	申請日の前12か月の入院日数	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 所在地 区分
⑤	申請日の前12か月の入院日数	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 所在地 区分

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目を☑としてください。

- 1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届出書を提出します。

年 月 日

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 / )				