

記入例

低所得者Ⅱ用・長期入院用

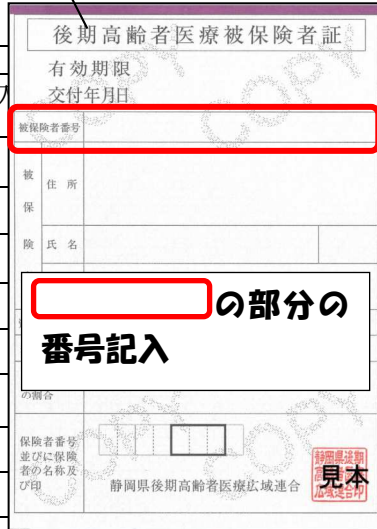
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定

この申請書を届出した方の内容で記入

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	マイナンバー	
被保険者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			

認定証が必要な被保険者本人の内容で記入



長期入院								
①	申請日の前1年間の入院日数	年	月					
	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	年	月					
	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	年	月					
	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	年	月	日	～	年	月	日
	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	年	月	日	～	年	月	日
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地					

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

※該当する番号を○で囲ってください。

- 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。
- 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

年 月 日