

記入例

低所得者Ⅰ・Ⅱ用・通常用

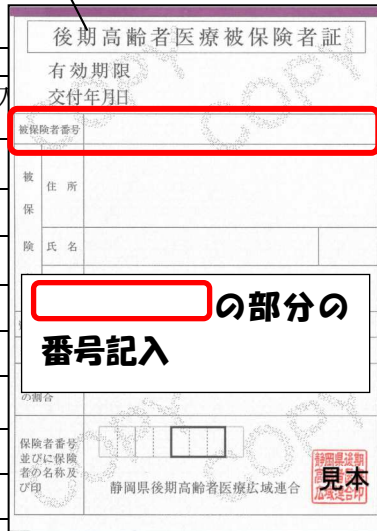
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定

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	日 (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	年 月	日 (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	年 月	日 (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	年 月 日 ~ 年 月 日	(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	年 月 日 ~ 年 月 日	(日間)
	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