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 | □被保険者と同じ | 本人との関係 | □本人 |
| 届出者住所 | □被保険者と同じ | 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 |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和・（西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　 所 | 〒 |
| 長　期　入　院 | 該当　・　非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　　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 |  |
| ② | 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 |  |
| ③ | 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 |  |
| 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 |  |
| 兵庫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　（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

以下市（区）町記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　月　　日 | 証処理 | 交付：窓口・郵送(　　　／　　) | 認定の有無 | 認定・却下 |
| ＜本人確認＞書類名：番号： | 適用区分 | 区分Ⅰ・区分Ⅱ |
| 受付者 |  | 適用開始日 | 年　　月　　日 |
| 長期入院適用開始日 | 年　　月　　日 |