

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	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所		
長期入院			

申請日から過去1年間に入院した日数が90日を超える方は記入してください。			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	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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 住所

氏名

印

【 担当処理欄 】

適用	区分 I 区分 II 長期入院 却下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受付印
----	-----------------------------	-----------------	-------	-------------	-----

届出者名	後期 一郎	本人との関係	本人
届出者住所	町田市〇〇町1-2-3	連絡先電話番号	042-000-XXXX

被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	コウキ イチロウ	
	氏名	後期 一郎	別 男
	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	町田市〇〇町1-2-3	
長期入院			

個人番号の記入にあたって、本人確認書類と個人番号確認書類が必要です。詳しくはお問い合わせください。

申請日から過去1年間に入院した日数が90日を超える方は記入してください。		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

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 町田市〇〇町1-2-3

氏名 後期 一郎 (印)

【 担当処理欄 】

適用	区分 I 区分 II 長期入院 却下	適用(却下)日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受付印
----	-----------------------------	---------	-------	-------------	-----