

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	
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	年 月 日													
	住 所														
長 期 入 院															

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					

岐阜県後期高齢者医療広域連合長									
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。									
令和 年 月 日									
申請者 氏名									