

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 ( ) -		

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	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

※ この欄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	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿  
 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

申請者氏名

<b>認定</b> <input type="checkbox"/> 認 定 ( 年 月 日 ) ⇒ 認定区分 <input type="checkbox"/> 却 下 ( 年 月 日 ) ⇒ 却下通知送付 <b>認定区分</b> <input type="checkbox"/> I (非課税) <input type="checkbox"/> I (老福) <input type="checkbox"/> I (老福・経過) <input type="checkbox"/> I (保護) <input type="checkbox"/> II (非課税) <input type="checkbox"/> II (経過) <input type="checkbox"/> II (保護) ⇒ 証交付 <b>送付</b> <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 ( 年 月 日 )	受 付 者	入 力