

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					
保 険 者 番 号						
保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地						
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				

山形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 氏名 _____