

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

提出者等	☐ 本人	氏名		電話番号	
	☐ 代理人（ ）	住所			

被保険者番号									申請年度		年度	
個人番号												
被 保 険 者	フリガナ							電話番号				
	氏 名											
	生年月日	年 月 日										
	住 所	〒										
既に減額認定証を交付されている人		交付年月日	年 月 日			発効期日	年 月 日					
長期入院		該当 ・ 非該当			保険者番号							

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	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院した保険医療機関等		名 称								
			所 在 地								
②	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院した保険医療機関等		名 称								
			所 在 地								
③	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院した保険医療機関等		名 称								
			所 在 地								
④	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院した保険医療機関等		名 称								
			所 在 地								
⑤	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院した保険医療機関等		名 称								
			所 在 地								
福島県後期高齢者医療広域連合長 ※該当する項目を☑としてください。 ☐ 1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 ☐ 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。 年 月 日 申請者 氏 名											

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	決定区分	認定・却下	減額認定証	☐ 証交付 ☐ 未処理	決定年月日	年 月 日		
	認定区分	☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ ☐ 区分Ⅱ【長期】				差額支給	有 ・ 無	
	認定	1 市町村民税非課税証明書			交付年月日	年 月 日		
		2 保護申請却下通知書			発効期日	年 月 日		
		3 市町村民税課税台帳			長期該当年月日	年 月 日		
		長期該当確認（ ）			電算処理年月日	年 月 日		
	却下							
	個人番号の確認		☐ 個人番号カード・通知カード ☐ その他（ ）					
	個人番号の本人確認		☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）					
	個人番号の代理権確認		☐ 委任状 ☐ 被保険者証 ☐ その他（ ）					
備考					入力		確認	
					市町村名			