

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	双葉 太郎	電話番号	090-0000-0000
	☐ 代理人（ ）	住所	実際に住んでいる住所（避難先等）		

被保険者番号	ご不明な場合は記入しないでくだ			申請年度	3 年度
個人番号					

被保険者	フリガナ	フタバ タロウ	電話番号	090-0000-0000
	氏名	双葉 太郎		
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
住所	〒979-1400			
	双葉郡双葉町大字〇〇			

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	3 9 0 7 5 4 6 0	

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。

令和 〇年 〇月 〇日

申請者 氏名 双葉 太郎 ←

※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	認定	被保険者本人の氏名を記載してくだ	日	
	認定区分	☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ ☐ 区分Ⅱ【長期】	左額又は	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	記入不					
	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		