

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 | <input type="checkbox"/> 本人 | 氏名 | | 電話番号 | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | 3 9 0 7 4 0 2 6 |

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 | <input type="checkbox"/> 認定・却下 | <input type="checkbox"/> 減額認定証 | <input type="checkbox"/> 証交付 <input type="checkbox"/> 未処理 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| | 認定区分 | <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 個人番号の本人確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 個人番号の代理権確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 備考 | | | | 入力 | 確認 | |
| | | | | 市町村名 | | |