

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	
届出者住所		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
	氏名		
	生年月日		
	住所		
長期入院	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	～ (      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	～ (      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	～ (      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	～ (      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	～ (      日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額認定を申請します。

令和    年    月    日

申請者 住所  
          氏名

