

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			
被 保 険 者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び 住 所 地			
長期入院			

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	

福井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

㊞