

様式第27号（第19条関係）

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

申請（届出）者名		本人との関係	
申請（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		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び住所			
長期入院			

直近12月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額がさらに減額されます。  
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計（ 日間）			
①	届出日の前12月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	届出日の前12月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	届出日の前12月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	届出日の前12月の入院日数	～ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12月の入院日数	～ ( 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

※ 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出書を提出します。

年 月 日

マイナンバーカードに被保険者証機能を登録した【マイナ保険証】を利用する場合、  
同一医療機関での支払いは限度額までとなるため、交付申請の届出は不要です。  
なお、上記2の入院日数に該当する方は、届出が必要になりますので、ご注意ください。  
**マイナ保険証をぜひご利用ください。**