

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 男・女
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
長期入院		該当・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)	
申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)		
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)		
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)		
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)		
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

山形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。

平成 年 月 日

申請者 氏名 _____