

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		個人番号				
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）		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 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	年 月 日～ 年 月 日（ 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	年 月 日～ 年 月 日（ 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	年 月 日～ 年 月 日（ 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	年 月 日～ 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。

年 月 日

申請者 氏名 _____