

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書兼入院日数届書

届出者名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>
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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所	大館市	
長期入院	該当・非該当		

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費にかかる負担額が更に減額されます。
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	申請日の前1年間の入院日数	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

秋田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書を提出します。

令和 年 月 日

交付

記入例

高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書兼入院日数届書

届出者住所	大館市字中城20番地	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/>
届出者住所	大館市字中城20番地	連絡先電話番号	0186-49-7046
被保険者番号	55555555	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ ジロウ	
	氏名	広域 次郎	
	生年月日	明治・大正・ 昭和 20年5月5日	
	住所	大館市字中城20番地	
長期入院	該当・ 非該当		

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

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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	
③	申請日の前1年間の入院日数	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

記入不要

交付

秋田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書を提出します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日