

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

|         |              |        |   |
|---------|--------------|--------|---|
| 届出者名    | 後期 一郎        | 本人との関係 | 子 |
| 連絡先電話番号 | 028-627-6805 |        |   |

|                  |          |             |              |    |   |
|------------------|----------|-------------|--------------|----|---|
| 被保険者番号           | 12345678 | 個人番号        | 999999999999 |    |   |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ     | コウキ タロウ     |              | 性別 | 男 |
|                  | 氏名       | 後期 太郎       |              |    |   |
|                  | 生年月日     | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |              |    |   |
|                  | 住所       | 宇都宮市本町3-9   |              |    |   |
| 長期入院             | 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係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 ( 91 日間) |                |                            |
| ①               | 届出日の前12か月の入院日数 | 令和3年1月1日~令和3年2月28日 (59 日間) |
|                 | 入院をした保険医療機関等   | 名称                         |
| 所在地             |                | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇番              |
| ②               | 届出日の前12か月の入院日数 | 令和3年3月1日~令和3年4月1日 (32 日間)  |
|                 | 入院をした保険医療機関等   | 名称                         |
| 所在地             |                | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇番              |
| ③               | 届出日の前12か月の入院日数 | ~ ( 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か月の入院日数 | ~ ( 日間)                    |
|                 | 入院をした保険医療機関等   | 名称                         |
| 所在地             |                |                            |

に ください。

ここから下は届出日の前12か月に他の保険者等に加入していた場合のみ記入してください。  
(保険者等に限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況等を確認させていただく場合があります。)

|                  |       |                |
|------------------|-------|----------------|
| 前<br>保<br>険<br>者 | 保険者名称 | 〇〇〇健康保険        |
|                  | 所在地   | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇番地 |
|                  | 電話番号  | 000-000-0000   |

栃木県後期高齢者医療広域連合長

\*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。

年 月 日

申請者

住所

宇都宮市本町3-9

氏名

後期 太郎

長期入院該当(90日を超える入院)する場合は☑としてください。

|        |                |             |                  |   |             |
|--------|----------------|-------------|------------------|---|-------------|
| 認<br>欄 | 世帯全員が住民税非課税である | 確<br>認<br>者 | 長<br>期<br>入<br>院 | 過去12か月で低所得者Ⅱの認定を受けている期間に91日以上入院をしている(前保険者を含む) | 確<br>認<br>者 |
|--------|----------------|-------------|------------------|---|-------------|