

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	01234567	個人番号	999999999999		
被 保 険 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				

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 ( 91 日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成27年9月1日 ~ 平成27年11月20日 ( 81 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇番地
②	申請日の前1年間の入院日数	平成27年12月1日 ~ 平成27年12月10日 ( 10 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇番地
③	申請日の前1年間の入院日数	~	( 日間)
※この欄は、長期入院該当(90日を超える入院)の申請をする場合のみ記入してください。			
④	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
ここから下は申請日の前1年間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 保 険 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後期連合長 殿

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

・申請者＝被保険者となります。

申請者

住所 宇都宮市本町3-9

氏名 後期 太郎

後  
期  
印

確認欄	減額認定	世帯全員が住民税非課税である	確認者	長期入院	過去12ヶ月で減額認定証(区分I以外)が交付されている期間に91日以上入院をしている(前保険者を含む)	確認者
-----	------	----------------	-----	------	---	-----