

見本

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

様式 22

後期高齢者医療限度額適用認定

該当する方を選び、
○で囲ってください。

後期 一郎

本人との関係

子

028-627-6805

被保険者番号	12345678	個人番号	999999999
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	性別 男
	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30年8月1日~平成30年10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30年11月1日~平成30年11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)
	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	~	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

※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。

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広域連合長

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

限度額の適用

を申請します。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

・申請者＝被保険者となります。

該当する方を選び、
○で囲ってください。

申請者

住所

宇都宮市本町3-9

氏名

後期 太郎

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
	限度額認定	世帯内の被保険者全員が住民税申告されている				