

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号								個人番号		
被 保 険 者	フリガナ							生 年 月 日	明治・大正・昭和	
	氏名								年	月
	住所							性別	男・女	

長期 入院	非該当			※市町村事務処理欄	申請年度（8月～7月）		
	該当	申請月以前12か月間の区分Ⅱ 認定期間内に90日を超える入 院日数がある場合 （※領収書等の入院期間を証 明できるものが必要）		判定（適用区分等）	認定（Ⅰ非・Ⅰ老・Ⅱ非）／却下（その他）		
				発効期日			
				過去12か月の区分Ⅱ認定期間			
				長期該当年月日			
				食事療養差額支給期間			
				その他（世帯構成変更日等）			

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	申請月以前の12か月間の入院日数	平成・令和 年 月 日～平成・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	申請月以前の12か月間の入院日数	平成・令和 年 月 日～平成・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	申請月以前の12か月間の入院日数	平成・令和 年 月 日～平成・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	申請月以前の12か月間の入院日数	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日（日間）			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請月以前の12か月間の入院日数	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日（日間）			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

注・申請された入院期間について認定対象外の期間等は、訂正させていただくことがありますのでご了承ください。
 ・後期高齢者医療からの保険給付外の入院（介護型療養病床への入院や介護施設への入所等）は対象外です。

岡山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 (被保険者) ⑩

住所

(届出者) 氏名 (続柄:)

(電話番号 - -)