

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

被保険者番号 (8桁)		個人番号 (12桁)	
被 保 険 者	フリガナ	生 年 月 日	明治・大正・昭和
	氏名		年 月 日
	住所	〒	

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事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。

長期入院	非該当	届出月以前の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に該当 (※領収書等の入院期間を証明できるものが必要)	入院日数合計 (日間)	
	該当			
①	申請月以前の12か月間の入院日数	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	申請月以前の12か月間の入院日数	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	申請月以前の12か月間の入院日数	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	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
⑤	申請月以前の12か月間の入院日数	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		

注・届出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

該当する項目を☑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

申請(届出)者 住所
氏名 (続柄:)
(電話番号 - -)

証 処 理	交付	窓口	郵送	(/)
	回収	済み	未	(/)
	本人確認	書類名	免保介 その他 ()	

事 務 処 理 欄	負担区分	I非・I老・II非・却下
	長期該当年月日	
	食事療養差額	有・無
	その他	