

記入例

医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付

届出者の情報を記入してください

申請(届出)者名	伊丹 太郎	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	夫	<input type="checkbox"/> 本人
申請(届出)者住所		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇	

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
被保険者	フリガナ	イタミ ハナコ	
	氏名	伊丹 花子	
	生年月日	明治・大正 昭和 (西暦)	〇〇 年 〇〇月 〇〇日
	住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇 伊丹市〇〇町〇〇番〇〇号	

長期入院 該当 ・ 非該当

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 (日間)	
① 届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~
入院をした保険医療機関等	名称

被保険者の情報を記入してください

・窓口来庁時に限度額適用・標準負担額減額認定証の即日交付を希望する場合は、被保険者の被保険者証と申請者の本人確認書類を持参ください。

※本人確認書類 (官公署発行の顔写真表示がある書類1点もしくは、顔写真表示がない書類で、氏名、生年月日等の記載がある書類2点<健康保険証、年金手帳等>)

		所在地	
④	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項番をとしてください。

- 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。

令和〇 年 〇〇 月 〇〇日

申請日を記入してください

受付日	年 月 日	受付: 窓口・郵送(/)	交付の有無	交付・却下
受付者	証 処 理	<本人確認> 書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・介・ その他 ()	適用区分	区分 I ・ 区分 II
			適用開始日	年 月 日
			長期入院該当日	年 月 日