

記入例 (申請書の書き方)

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出書

① [届出者名][本人(被保険者)との関係]
[届出者住所][連絡先電話番号]
を記入してください。

② [被保険者番号][氏名][生年月日][住所]
を記入してください。
※ 個人番号を記入する場合は、
申請者の身分証明が必要となります。
個人番号が不明の場合は未記入で構いません。

③ 申請書を記入した[年月日]を記入し、
提出してください。

届出者名	広城 太郎	本人との関係	長男
届出者住所	能代市上町1番3号	連絡先電話番号	0185(89)2159
被保険者番号	01234567	個人番号	
被保険者	フリガナ	コウイキ ジロウ	
	氏名	広城 次郎	
	生年月日	明治・大正(昭和) 5年4月1日	
	住所	能代市 上町1番3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。

入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	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
②	申請日の前1年間の入院日数	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
③	申請日の前1年間の入院日数	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
④	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目を☑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・標準負担額認定書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出書を提出します。

令和 ●年 ■月 ▲日