様式第２２号（第１６条関係）　**（記入例）赤線の太枠の中の必要な部分だけ記入してください。**

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

後期高齢者医療保険証の記号番号　後期高齢者医療の［☑限度額適用 ☐標準負担額の減額（長期入院）］を申請します。

令和２年　**５**月　**１**日

被保険者［申請者］	被保険者番号	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	個人番号	**123456789012**
	氏　名	**新宮　福太郎**								性　別	男 女
	生年月日	明治・大正・昭和 **12**年 **3**月 **3**日									
	住所等	**福岡県粕屋郡新宮町緑ケ浜一丁目１番１号** （電話番号 **０９０－XXXX－XXXX**）									

長期入院（現役並み区分の方には、この制度は適用されません。）過去12月（申請日の属する月以前12月）の入院日数が91日以上である場合	該　当　・　非該当
ここから下は、「長期入院」に該当する方のみ記入してください。	入院日数合計（　　日間）

①	過去12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	
②	過去12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
③	過去12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
④	過去12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	
⑤	過去12月の入院日数	日～　年　月　日（　日間）
	入院をした保険医療機関等	名　称

郵送でこの申請書を送付する場合、日中に連絡可能な電話番号を必ず記入してください。

申請が被保険者本人以外の場合は、氏名・住所・電話番号・被保険者との続柄を記入してください。

申請が被保険者以外の場合	氏　名	印	被保険者との続柄	
	住所等			
		（電話番号　－　－　）		

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

市区町村処理欄

認定等				受付	端末入力	交付	受付責任者
	認定（却下）日　．　．	適用年月日	．　．				
	☐低Ⅱ（非課税）　☐現役並Ⅰ	長期該当年月日	．　．				
	☐低Ⅱ（要保護者）　☐現役並Ⅱ						
	☐低Ⅰ（非課税）	91日該当日	．　．				
	☐低Ⅰ（老福）	（　．　．　交付・郵送）					
	☐低Ⅰ（要保護者）						