

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

次のとおり、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 (長期入院) を申請します。
 年 月 日

被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号									個人番号						
	氏名											性別	男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日														
	住所等															
(電話番号 - -)																

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	名 称													
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	名 称													
⑤	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													

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	認定(却下)日	. . .	適用年月日	. . .	受 付	端末入力	交 付	受付責任者
	<input type="checkbox"/> 低II (非課税) <input type="checkbox"/> 現役並I	長期該当 年月日	. . .					
	<input type="checkbox"/> 低II (要保護者) <input type="checkbox"/> 現役並II		91日該当日	. . .				
	<input type="checkbox"/> 低I (非課税)	(. . . 交付・郵送)						
	<input type="checkbox"/> 低I (老福)							
<input type="checkbox"/> 低I (要保護者)								