

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

限度額適用
 標準負担額の減額（長期入院）

後期高齢者医療の [] を申請します。

令和2年 5月 1日

後期高齢者医療保険証の記号番号 []

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	氏名	新宮 福太郎														性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
	生年月日	明治・大正		<input checked="" type="radio"/> 昭和		12 年		3 月		3 日												
	住所等	福岡県粕屋郡新宮町緑ヶ浜一丁目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	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。																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	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													被保険者との続柄		
	住所等															
	(□被保険者と同じ)													(電話番号 — —)		

※太枠の中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

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