

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号			
	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日
	住所	〒 -				
長期入院	該当・非該当					

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		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	

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞