

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			

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
長期入院			

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	申請日の前の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	名称	
所在地			
②	申請日の前の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	名称	
所在地			
③	申請日の前の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	名称	
所在地			
④	申請日の前の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	名称	
所在地			
⑤	申請日の前の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	名称	
所在地			

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

年 月 日

申請者 氏名

㊞