

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※太枠の中をご記入ください。

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		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	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日								
	住 所									
保 険 者 番 号		3	9	3	5					
保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地		山口県後期高齢者医療広域連合 山口県山口市大手町9－11								
長 期 入 院		該当・非該当		長 期 該 当 年 月		平成 年 月		区分		

ここから下は 長期該当者のみ 記入してください			入院日数合計 (日)	
①	申請日の前1年間の入院日数	～ (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	～ (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	～ (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	～ (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所 在 地		

山口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。	
平成 年 月 日	
申請者 氏名	

市町使用欄（該当にチェック等を記入）

長期該当入院日数確認 (複数選択可)	☐ 領収証 ☐ 入院リスト ☐ 標準システム ☐ 医療機関へ確認(確認日: 年 月 日、病院担当者名:)
	[前保険入院日数を引き継ぐ場合] ☐ 前保険減認証・前保険加入時の領収証 ☐ 前保険者への入院日数等の確認(保険の種類: 、前保険担当者名:) ☐ その他()