

記入例

届出者の氏名、被保険者との関係、連絡先電話番号を記入してください。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書兼入院日数届出書

届出者名	広城 一郎	本人との関係	家族
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	コウイキ タロウ		性 別	男
	氏 名	広城 太郎			
	生年月日	昭和 ××年 ×月 ××日			
	住 所	〒×××-×××× 福井県○○市(町)□□-△△			
長期入院	該当				

被保険者の被保険者番号、フリガナ、氏名、生年月日、住所、長期入院に該当しているかどうかを記入してください。

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	○○市(町)□□-△△
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	××市(町)△△-○○
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	
⑤	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	

長期入院に該当している場合は、入院した合計日数と、保険医療機関等ごとの入院期間日数を記入してください。

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

※ 該当する項目を☑としてください。

- 1. 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届出書を提出します。

年 月 日

申請年月日を記入してください。

当てはまる方に☑を記入してください。