

# 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名	男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所		

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。

令和 年 月 日

申請者 氏名  
(被保険者)

窓口に来た人 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

1. 適用区分	区分Ⅱ	区分Ⅰ
2. 長期入院	該当	非該当
3. 認定日	令和 年 月 日 (長期該当 年 月)	

入 力	証交付
	窓 郵

受 付 印