

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(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		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
長期入院			

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る限度額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下にもご記入ください。

入院日数合計 (日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	

熊本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書を提出します。

年 月 日

申請者 氏名

記入例

期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

申請者名	宇土 太郎	本人との関係	子
申請(届出)者住所	宇土市△△町△△番地	連絡先電話番号	0964-22-△△△△
被保険者番号	01234567	個人番号	1234 5678 9012
被保険者	フリガナ	ウト ハナコ	
	氏名	宇土 花子	
	生年月日	昭和10年 1月 1日	
	住所	宇土市〇〇町〇〇番地	
長期入院			

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る限度額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下にもご記入ください。

入院日数合計 (日間)		
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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

熊本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書を提出します。

令和 3年〇〇月〇〇日

申請者 氏名 宇土 花子