

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	氏 名		本人との関係	
	住 所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ) 氏 名			
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
	住 所			

保険者番号		保険者の名称 及び所在地	富山県後期高齢者医療広域連合 富山県富山市婦中町速星 754 番地	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
-------	--	-----------------	--------------------------------------	------	--

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			
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			
③	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			
④	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			
⑤	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			

富山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

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交 付 方 法	<input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 広域連合) <input type="checkbox"/> その他()			
	本 人 確 認	1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード		
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複 数	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	②		<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> その他 (知人・聞き取り 課)		
※複数書類の場合は「①が 2 つ」又は「① 1 つ+② 1 つ」が必要					
備 考	<input type="checkbox"/> 低 I		市町村受付印	広域連合受付印	
	<input type="checkbox"/> 低 II <input type="checkbox"/> 低 II (長期入院該当 年 月から) <input type="checkbox"/> 非該当				