

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号	0	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	869- 熊本県葦北郡芦北町大字	
保険者番号	39434824		
保険者の名称及び所在地	熊本県後期高齢者医療広域連合 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号		
長期入院			

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

㊞

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

**記入例**

届出者名	芦北 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	(0966) 〇〇-△△△△	マイナンバーカード、通知カードなどをご確認ください	
被保険者番号	01234567	個人番号	×××× ×××× ××××
被 保 険 者	フリガナ	アシキタ タロウ	性別
	氏名	芦北 太郎	
	生年月日	大正(昭和) 〇〇年〇〇月〇日	
	住所	熊本県葦北郡芦北町大字 〇〇 △△△番地	
保険者番号	39434824		
保険者の名称及び所在地	熊本県後期高齢者医療広域連合 熊本県熊本市東区健軍2丁目4番10号		
長期入院			

手続きに来られる方

被保険者証をご確認ください

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。

令和〇年〇月〇日

申請者 氏名

芦北 太郎

本人の氏名

押印

Ⓜ