

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	
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		性 別
	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		
長期入院(91日以上)			

ここから下は長期入院(91日以上)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	~ (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	~ (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	~ (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	

ここから下は申請日の前1年間に他の保険者等に加入していた場合のみ記入してください。
(保険者等に限度額適用・標準負担額減額認定証の交付状況を確認させていただく場合があります。)

前 保 険 者	保 険 者 名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

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 住所 _____

氏名 _____