

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人（ ）	住所			

被保険者番号						申請年度		年度
個人番号								

被 保 険 者	フリガナ				電話番号			
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
	住所	〒						

既に減額認定証を 交付されている人	交付年月日	年	月	日	発効期日	年	月	日
長期入院	該当・非該当		保険者番号					

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					
	入院した保険医療機関等	名称		所在地			

福島県後期高齢者医療広域連合長
 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	決定区分	認定・却下	減額認定証	<input type="checkbox"/> 証交付 <input type="checkbox"/> 未処理	決定年月日	年 月 日
	認定区分	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ(老)	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ【長期】	差額支給 有・無
	認定	1 市町村民税非課税証明書	交付年月日		年 月 日	
		2 保護申請却下通知書	発効期日		年 月 日	
		3 市町村民税課税台帳	長期該当年月日		年 月 日	
		長期該当確認（ ）	電算処理年月日		年 月 日	
	却下					
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
備考					入力	確認
					市町村名	