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

提出者等	☐ 本人	氏名	電話番号
	☐ 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	年 月 日
	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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
 ※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

※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	☐ 証交付 ☐ 未処理	決定年月日	年 月 日
	認定区分	☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ ☐ 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	☐ 個人番号カード・通知カード ☐ その他（ ）				
	個人番号の本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）				
	個人番号の代理権確認	☐ 委任状 ☐ 被保険者証 ☐ その他（ ）				
備考					入力	確認
					市町村名	