

様式第32号（第17条関係）

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要になり、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額が減額されます。マイナ保険証をぜひご利用ください。（長期に入院されている場合の届出は別途必要です）

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	<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	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	<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 <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		