

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

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		
	氏名		
	生年月日	M・T・S	年 月 日
	住所		
発行区分	限度額適用認定証 ／ 限度額適用・標準負担額減額認定証		
長期入院	該当	／	非該当

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
②	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
③	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
④	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	

大分県後期高齢者医療広域連合長様

※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交付を申請します。

限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証

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。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

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

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				
	氏名				
	生年月日	M · T · S	年	月	日
	住所	どちらかに○をつける			
発行区分	限度額適用認定証 / 限度額適用・標準負担額減額認定証				
長期入院	該当	/	非該当	低IIの場合は選択してください 低I・3割の場合は記入しない	

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
②		届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称		
③		届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称		
④		届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称		
⑤		届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称		

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

※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
交付を申請します。

限度額適用認定証
 限度額適用・標準負担額減額認定証

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。

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

長期入院に該当した
場合は2もチェック
してください