

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		
		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)		
	入院を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)		
	入院を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)		
	入院を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)		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

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
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> どちらかに○をつける </div>	
発 行 区 分		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;"> 限度額適用認定証 </div> / 限度額適用・標準負担額減額認定証	
長 期 入 院		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;"> 該 当 </div> / <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;"> 非該当 </div> <div style="font-size: small; margin-left: 10px;"> 低Ⅱの場合は選択してください 低Ⅰ・Ⅲ割の場合は記入しない </div>	

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	
		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）	
	入院を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）	
	入院を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）	
	入院を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）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

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
 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。

- ☐ 限度額適用認定証
☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証

令和 年 月 日

長期入院に該当した
 場合は2もチェック
 してください

申請者 住所
 氏名