

ご記入いただいているかたについてご記入ください。

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

申請(届出)者名	広域 花子	本人との関係	本人
申請(届出)者住所	小田原市荻窪300番地	連絡先電話番号	0465-33-1843

被保険者番号	87654321	個人番号	1234 5678 9012
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ ハナコ	
	氏名	広域 花子	
	生年月日	大正11年11月1日	
	住所	小田原市荻窪300番地	
長期入院	有り		

後期被保険者についてご記入ください。

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限度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 (126 日間)

①	届出日の前12か月の入院日数	〇〇年1月1日 ~ 〇〇年3月10日 (69 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	〇〇市〇〇丁目〇〇番〇〇号
②	届出日の前12か月の入院日数	〇〇年5月1日 ~ 〇〇年6月26日 (57 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	△△病院
		所在地	△△市△△丁目△△番△△号
③	届出日の前12か月の入院日数		
	入院をした保険医療機関等	名称	区分Ⅱの方で、過去12か月の間に91日以上ご入院されている場合、こちらにご入院日数、医療機関名等をご記入いただき、入院時の領収書を添付してください。
	所在地		
④	届出日の前12か月の入院日数		
	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		
	入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地		

神奈川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。

令和 年 月 日