

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

記入した方の情報を御記入ください。

申請(届出)者名	平塚 太郎	本人との関係	本人
申請(届出)者住所	平塚市浅間町9番1号	連絡先電話番号	0463-23-1111

被保険者番号	9876543	個人番号	1111 2222 3333
被 保 険 者	フリガナ	ヒラツカ タロウ	
	氏名	平塚 太郎	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	住所	平塚市浅間町9番1号	
被保険者について御記入ください。			
長期入院			

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 (〇〇 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	〇〇年〇月〇日 ~ 〇〇年〇月〇日 (〇〇 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	平塚市〇〇町〇〇番〇号
②	届出日の前12か月の入院日数	~ (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	~ (日間)	
	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日以上入院されている場合、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	~ (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	~ (日間)	
	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