

後期高齢者医療  限度額適用認定証  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

被 保 険 者 番 号		個人番号
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
長 期 入 院		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

<b>※ この欄は長期入院該当者のみ記入してください。</b>		入院日数合計（ 日間）
①	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

1 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療  限度額適用認定証  限度額適用・標準負担額の減額認定証 の交付を申請します。

2 上記のとおり、関係書類に添えて、入院日数届書を提出します。

年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先（ ） \_\_\_\_\_

<b>認定区分</b> <input type="checkbox"/> 低 I（非課税） <input type="checkbox"/> 低 I（老福） <input type="checkbox"/> 低 I（老福・経過） <input type="checkbox"/> 低 I（保護） <input type="checkbox"/> 低 II（非課税） <input type="checkbox"/> 低 II（経過） <input type="checkbox"/> 低 II（保護） <input type="checkbox"/> 現役 I <input type="checkbox"/> 現役 II ⇒証交付 <b>送付</b> <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（ 年 月 日）	受 付 者	入 力

※申請者確認

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳 その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・クレジットカード・社員証・その他（ ）
確認者	