

記入例

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	01234567(8桁)	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○ (12桁)
被 保 険 者	フリガナ	ヤトミ キンギョ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 弥富 金魚 (被保険者)	
	生年月日	昭和 ●● 年 ▲▲ 月 ■■ 日	
	住所	弥富市前ヶ須町南本田 335 番地 (被保険者の住所)	
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

※ この欄は長期入院該当者のみ記入してください。 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。

令和 ●● 年 ▲▲ 月 ■■ 日

被保険者本人 申請者氏名 → **弥富 金魚**

又は委任状がある場合は受任者 連絡先 (●●●) ▲▲▲▲ - ■■■■

<p>認定区分</p> <p> <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 </p> <p>⇒ 証交付</p> <p>送付</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 (年 月 日)</p>	受付者	入力
		日付
		担当

※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()
確認者	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()