

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 太郎				被保険者との関係	子	
申請(届出)者住所	藍住町〇〇〇〇〇〇番地				連絡先電話番号	012(345)6789	
被保険者番号	01234567			個人番号	012345678901		
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	明治・大正・昭和 〇 年 〇 月 〇 日					
	住所	〒123-4567 藍住町〇〇〇〇〇〇番地					
保険者番号	3	9	3	6			
保険者の名称及び所在地	徳島県後期高齢者医療広域連合 〒771-0135 徳島県徳島市川内町平石若松78番地1						
長期入院	非該当・該当		適用区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ			

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さらに減額されます。

入院日数の届出を行う方は、以下の欄にもご記入ください。

入院日数合計( 〇〇 日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 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 藍住町〇〇〇〇〇〇番地
②	申請日の前1年間の入院日数	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

市町村処理欄	(長期該当日) ( . . )	広域連合処理欄	
システム 入力年月日	発効年月日	受付日	システム 確認済
職権処理	<input type="checkbox"/> 広域内転入(前保険者からの引継ぎ)のため：転入日( ) <input type="checkbox"/> 誤交付のため(区分 ⇒ 区分 に修正・交換)		
長期入院 担当者確認	<input type="checkbox"/> 領収書・入院証明等で確認済みです。 <input type="checkbox"/> 公簿等で確認済みです。(レセプト等) <input type="checkbox"/> 医療機関へ確認済みです。(電話等)	担当者名	

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	( )	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	( )	( )	