

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		被保険者との関係	本人・配偶者・子 その他()
連絡先電話番号	-	-	(自宅 ・ 携帯)

被保険者番号	0									
被保険者	フリガナ								性別	男・女
	氏名									
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
	住所	〒77 - 三好市								
保険者番号	3	9	3	6	2	0	8	2		
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				

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		長期入院数合計(日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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	平成 年 月 日 ~ 平成 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

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名 ㊟

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
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	システム 確認済