

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	ご記入者のお名前		本人との関係	続柄
申請(届出)者住所	ご記入者の住所		連絡先電話番号	0969-35-3330
被保険者番号	01234567	個人番号	12桁のマイナンバー	
被 保 険 者	フリガナ	レイホク タロウ		記入例
	氏名	苓北太郎		
	生年月日	昭和2年1月1日		
	住所	苓北町志岐660番地		
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、以下にもご記入ください。

入院日数合計 (日間)		
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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
⑤	届出日の前12か月の入院日数	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

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

※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4年4月1日

申請者 氏名

被保険者名
(自署または記名押印)