

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

受付印

被保険者番号																		
個人番号																		
被 保 険 者	フリガナ																	
	氏名															性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日																
	住所 (方書・施設名等)																	
保険者番号	3	9	3	8														
保険者の名称 及び所在地	愛媛県後期高齢者医療広域連合 愛媛県松山市北条辻6番地																	
長期入院	該当(年 月 日) ・ 非該当																	

ここから下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															

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

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

住所

申請者 氏名

印

連絡先 (電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	備 考			
	回収：済・未 (/)				
	<本人確認> 書類名： 番 号：		区 分	受 付	入 力
		区分Ⅱ・区分Ⅰ			