

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		本人との関係	
連絡先電話番号			
被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
長期入院			

「届出者」欄は記入する人
「被保険者」欄は証を発行したい人で記入してください。

ここからは下は長期入院該当者のみ記入

①	申請日の前1年間の入院日数		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	
⑤	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	

「申請者」欄は証を発行したい人の氏名
で記入・押印してください。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

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・標準負担額の減額を申請します。

申請者

氏名

