

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

※太枠の中をご記入ください。

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		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		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所		

保険者番号	3	9	3	5				
保険者の名称及び所在地	山口県後期高齢者医療広域連合 山口県山口市大手町9-11							
長期入院	該当・非該当	長期該当年月	令和	年	月	区分	低Ⅰ・低Ⅱ・その他( )	

直近12か月の低所得Ⅱの認定を受けている期間の入院日数が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更に減額されます。入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計 ( ) 日			
①	届出日の前12か月の入院日数	~ ( 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	~ ( 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	~ ( 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	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

※該当する項目を☑としてください。

1. 上記のとおり、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 年 月 日

市町使用欄 (該当にチェック等を記入)

長期該当入院日数確認 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 入院リスト <input type="checkbox"/> 標準システム <input type="checkbox"/> 医療機関へ確認(確認日: 年 月 日、病院担当者名: )
	[前保険入院日数を引き継ぐ場合] <input type="checkbox"/> 前保険減認証・前保険加入時の領収証 <input type="checkbox"/> 前保険者への入院日数等の確認(保険の種類: 、前保険担当者名: ) <input type="checkbox"/> その他( )