

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			
被 保 険 者	フリガナ		性 別
	氏 名		
	生 年 月 日	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			

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 )	
	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	

香川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。

年 月 日

申請者 氏名