

## 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				

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