

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

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号		マイナンバー 個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
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）	
①	届出日の前 12 か月の入院日数	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	届出日の前 12 か月の入院日数	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	届出日の前 12 か月の入院日数	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	届出日の前 12 か月の入院日数	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	届出日の前 12 か月の入院日数	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			

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

※該当する番号を○で囲ってください。

- 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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 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