

記載例

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	岡出 花子	本人との関係	子
届出者住所	静岡県藤枝市岡出山1丁目11番1号	連絡先電話番号	054-643-3307

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	マイナンバー 個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	フジエダ タロウ	
	氏名	藤枝 太郎	
	生年月日	昭和13年 1月 1日	
	住所	静岡県藤枝市岡部町岡部6番地の1	
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	記入内容を訂正するときは 訂正箇所に二重線を引き署名または押印
	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。

1. 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。
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 4 年 12 月 7 日