

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	氏名		本人との関係	
	住所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	(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		保険者の名称 及び所在地	富山県後期高齢者医療広域連合 富山県富山市婦中町速星 754 番地	長期入院	該当 非該当
-------	--	-----------------	--------------------------------------	------	--------

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			

富山県後期高齢者医療広域連合長 様  
 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。  
 令和 年 月 日  
 申請者(被保険者) 氏名 ⑩

以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交付方法	窓口交付(要本人確認) 郵送( 市町村 広域連合) その他( )				
	本人確認	1 点	運転免許証( ) パスポート 住基カード(写真有) 在留カード等 個人番号カード 身体障害者手帳等(写真確認可) 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)			
		複 数		被保険者証 介護被保険者証 年金手帳 年金証書 住基カード(写真無) その他( )		
				学生証 法人の身分証明書 官公署の資格証明書(写真有) その他(間取り 課 )		
	複数書類の場合は「 が 2 つ」又は「 1 つ+ 1 つ」が必要					
備 考	低			市町村受付印	広域連合受付印	
	低 低 低 (長期入院該当 年 月から) 非該当					