

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)		
①	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			
②	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			
③	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			
④	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			
⑤	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

※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	①	□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()		
			②	□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(開取り 課)		
	※複数書類の場合は「①が 2 つ」又は「① 1 つ+② 1 つ」が必要					
	備考	□低 I □低 II □低 II (長期入院該当 年 月から) □非該当		市町村受付印	広域連合受付印	