

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	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			
	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	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
-------	--	-----------------	------------------------------------	------	--

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。  
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計 ( 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	～ ( 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	～ ( 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	～ ( 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	～ ( 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	～ ( 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 殿

※該当する項目を☑としてください。

- 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 年 月 日 申請者 氏名

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送( <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 広域連合) <input type="checkbox"/> その他( )		
	本人 確認 数	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証( ) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)	
		①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他( )	
			②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> その他(知人・聞き取り 課 )
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要			
備 考		<input type="checkbox"/> 低Ⅰ	市町村受付印	広域連合受付印
		<input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ(長期入院該当 年 月から) <input type="checkbox"/> 非該当		