

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、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（長期入院） を申請します。

年 月 日

被 保 険 者 （ 申 請 者）	被保険者番号									個人番号						
	氏名											性別	男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日														
	住所等															
（電話番号 - - ）																

長期入院（現役並み区分の方には、この制度は適用されません。） 過去12月（申請日の属する月以前12月）の入院日数が91日以上である場合	該 当 ・ 非該 当
--	------------

ここから下は、「長期入院」に該当する方のみ記入してください。	入院日数合計（ 日間）
--------------------------------	-------------

①	過去12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													
②	過去12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													
③	過去12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													
④	過去12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													
⑤	過去12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													

申請が被保険者 以外の場合	氏名											印	被保険者との続柄			
	住所等															
	（電話番号 - - ）															

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

被保険者(本人)保険証 有 ・ 無

市区町村処理欄

認 定 等	認定(却下)日			適用年月日			本人確認	保険証・免許証(No.)						
								その他()						
	<input type="checkbox"/> 低II(非課税) <input type="checkbox"/> 現役並I		<input type="checkbox"/> 長期該当		年月日		受 付		端末入力		交 付		受付責任者	
	<input type="checkbox"/> 低II(要保護者) <input type="checkbox"/> 現役並II		91日該当日											
	<input type="checkbox"/> 低I(非課税)													
<input type="checkbox"/> 低I(老福)														
<input type="checkbox"/> 低I(要保護者)														