

様式第22号 (第16条関係)

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

(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	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の交付を申請します <input type="checkbox"/> 入院日数届書を提出します
令和 年 月 日	

被保険者 (申請者)	被保険者番号									個人番号						
	氏名															
	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		被保険者との続柄	
	住所等			
	(□被保険者と同じ)	(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（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄 被保険者(本人)保険証 有 ・ 無

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