

記入例

様式第25号(第19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 **窓口に来られた方**

申請(届出)者名	南房総 花子	本人との関係	子
申請(届出)者住	南房総市富浦町青木〇〇	連絡先電話番号	33-12〇〇
被保険者番号	12345678	個人番号	12345678
被保険者	フリガナ	ミナミボウソウ タロウ	
	氏名	南房総 太郎	
	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	南房総市富浦町青木〇〇	
長期入院	←		

記入不要

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。

入院日数が90日を超える場合はご記入ください。

入院日数合計( 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日～年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

該当する項目に✓を入れてください。

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

※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 〇年 〇〇月 〇〇日

書類の提出日