

後期高齢者医療  限度額適用  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	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） -		

被保険者番号		個人番号		
被 保 険 者	フリガナ		性別	
	氏名			男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住所	愛知県碧南市		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			

※ この欄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	

愛知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  限度額適用・標準負担額の減額 を申請します。

年 月 日

申請者氏名

<input type="checkbox"/> 認定（ 年 月 日）⇒認定区分 <input type="checkbox"/> 却下（ 年 月 日）⇒却下通知送付 <b>認定区分</b> <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（老福・経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅰ（保護） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（非課税） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（経過） <input type="checkbox"/> 低Ⅱ（保護） <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ ⇒証交付 <b>送付</b> <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（ 年 月 日）	受付者	入力