

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

平成 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住所
申請者 氏名
電話

印

限度額適用の認定を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		性別 男・女
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所		
保 険 者 番 号			
保険者の名称及び所在地			
長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当	

ここから下は、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	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所在地			
②	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所在地			
③	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所在地			
④	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所在地			
⑤	申請日の前一年間の入院日数	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
所在地			