

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

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名 記入者氏名	電話番号	連絡のつく電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()		住所 現住所	

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	申請年度	x	年度	
個人番号	8	8	8	8	9	9	9	9	0	0	0	0

被保険者	フリガナ							電話番号	連絡のつく電話番号 本人でなくても可。
	氏名	入院する方の氏名							
	生年月日	大正元年 1 月 1 日							
	住所	〒 被保険者の富岡町での郵便番号及び住所							

既に減額認定証を 交付されている人	交付年月日	令和2年 10 月 1 日	発効期日	令和2年 10 月 1 日						
長期入院	該当・非該当	保険者番号	3	9	0	7	5	4	3	7

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	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院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)
	入院した保険医療機関等	名称 所在地

福島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 3 年 10 月 1 日

申請者 氏名 被保険者の氏名

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	決定区分	認定・却下	減額認定証	<input type="checkbox"/> 証交付 <input type="checkbox"/> 未処理	決定年月日	年 月 日
	認定区分	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ【長期】			差額支給	有・無
	認定	1 市町村民税非課税証明書	交付年月日	年 月 日		
		2 保護申請却下通知書	発効期日	年 月 日		
		3 市町村民税課税台帳	長期該当年月日	年 月 日		
		長期該当確認 ()	電算処理年月日	年 月 日		
	却下					
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()				
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
備考					入力	確認
					市町村名	