

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(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 限度額適用 標準負担額の減額 (長期入院) を申請します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|------|--------------|----|-----|--|--|--|
| 被 保 険 者 (申 請 者) | 被保険者番号 | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | |
| | 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 | | | | 印 | 被保険者との続柄 | | |
| | 住所等 | | | | | | | |
| | (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 (被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません)。

市区町村処理欄

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------|--|-----------|--|--|-----|------|-----|-------|
| 認 定 等 | 認定(却下)日 | | | 適用年月日 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 低II (非課税) <input type="checkbox"/> 現役並I | 長期該当 年月日 | | 91日該当日 | | | 受 付 | 端末入力 | 交 付 | 受付責任者 |
| | <input type="checkbox"/> 低II (要保護者) <input type="checkbox"/> 現役並II | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 低I (非課税) | | | (交付・郵送) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 低I (老福) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 低I (要保護者) | | | | | | | | | | |