

後期高齢者医療 限度額適用認定証 交付申請書兼入院日数届書
限度額適用・標準負担額減額認定証

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		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
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
※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 限度額適用認定証 及び 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。

年 月 日

申請者氏名

認定区分 <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 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 現役Ⅲ ⇒ 却下通知送付	受 付 者	入 力
	送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日(年 月 日)	