

＜ 記 入 例 ＞

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

記載不要

この欄は長期入院該当(過去1年間に90日を超える入院)の申請をする場合にのみ記入してください。

提出日を記入してください。

※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・届出者との関係を記入のうえ、捺印してください。

保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
フリガナ	コウイキ タロウ											
氏名	広域 太郎										性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 3年 2月 1日											
住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地											
長期入院	該 当 ・ 非 該 当					負担区分			I ・ II			

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計 (90日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成30年 1月 1日 ~ 平成30年 3月31日 (90日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	広域病院
		所在地	佐賀市大和町大字尼寺
②	申請日の前1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1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1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1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	

佐賀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・標準負担額の減額を申請します。

平成〇年〇月〇日	(記入された方)	住所	〒840-0201 (電話 0952-64-8476) 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地
	申請者	氏名	広域 太郎 <input checked="" type="radio"/> 広域 <input type="radio"/> 被保険者との関係 (本人)

市町(支所)名 []	受付日 [H . .]	受付者名 [] ・ 郵送	認定交付 [窓口・郵送] ・ 却下
申請者確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード・後期被保険証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保険者等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()		
番号確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		
負担区分確認方法 (右記 番で確認)	①標準システム負担区分管理画面 ②市町で公簿等により確認		
長期入院期間確認方法 (右記 番で確認)	①標準システムレセプト一覧画面 ②入院日数を確認できる証明書類 ③市町で医療機関等に確認 ④食事(生活)療養差額申請書 ※下段に申請期間を記入 ⑤市町で前保険者 () に確認		
※食事(生活)療養差額申請期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月 診療分		
認定証の写し添付確認	<input type="checkbox"/> 確認		

記入しないでください。