

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		性別	
氏名			
生年月日			
住所			
長期入院			

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1年間の入院日数	名称	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	名称	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	名称	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	名称	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	名称	(日間)
	入院をした保険医療機関等	所在地	

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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。

年 月 日 申請者 住所

氏名