

## 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・標準負担額の減額を申請します。

平成 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 (※申請日の前1年間の入院日数が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	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									
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									
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									
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									
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									

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)	長期該当 年月日					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"/> 低Ⅰ(非課税)	91日該当日					( . . 交付・郵送)	( . . . . )	( . . . . )	( . . . . )
	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ(老福)									
<input type="checkbox"/> 低Ⅰ(要保護者)						( . . . . )	( . . . . )	( . . . . )	( . . . . )	