

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

受付印

被保険者番号										
個人番号										
被 保 険 者	フリガナ								性別	男・女
	氏名									
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日					
	住所 (方書・施設名等)	松山市								
保険者番号	3	9	3	8	2	0	1	5		
保険者の名称 及び所在地	愛媛県後期高齢者医療広域連合 愛媛県松山市北条辻6番地									
長期入院	該当( 年 月 日) ・ 非該当									

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	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			

愛媛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。

令和 年 月 日

住所 松山市

申請者 氏名

㊞

連絡先 (電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 ( / )	備 考			
	回収：済・未 ( / )				
	<本人確認>				
書類名：	区分	受付	入力	広域確認	
番号：	区分Ⅱ・区分Ⅰ				