

市 町 名	
被保険者番号	

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者氏名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号							
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名					性別	男・女
	個人番号						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
	住 所						
保険者の名称 及び所在地	三重県後期高齢者医療広域連合 〒514-0003 三重県津市桜橋二丁目96番地 三重県自治会館内						
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。			入院合計日数 (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		

(あて先) 三重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	被保険者 氏 名 印
※申請者本人自署の場合は押印は不要です。	
【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】 上記申請に基づき限度額適用・標準負担額減額認定証を受領しました。	
年 月 日	受領した方の署名

市 町 確 認 欄							
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付方法	減額区分	証回収	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()	月 日	窓口 郵送 月 日	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 低Ⅱ長期	回収 月 日 入力 月 日	

